TOME I. — N° 2 FÉVRIER 1959

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

HALLUCINATIONS AUDITIVES AU COURS DE SYNDROMES NEUROLOGIQUES

PAR

H. HECAEN et R. ROPERT

L'importance sémiologique accordée aux hallucinations auditives apparaît très différente en clinique neurologique et en clinique psychiatrique. Tandis que le syndrome hallucinatoire auditif a provoqué parmi les psychiatres de multiples discussions, il semble, au contraire, que sa survenue possible au cours d'affections neurologiques n'ait suscité qu'un intérêt limité. Certes, les hallucinations auditives sont infiniment plus rares dans le domaine de la neurologie que dans celui de la psychiatrie, et, dans le champ neurologique lui-même, beaucoup moins fréquentes que d'autres catégories d'hallucinations, visuelles en particulier.

Signalées par certains neurochirurgiens au cours de stimulations per-opératoires du cortex temporal (Foerster, Penfield), obtenues par le refroidissement au chlorure d'éthyle chez un blessé porteur d'une brèche osseuse temporale (Hoff et Silbermann), étudiées à la suite des lésions traumatiques lors de certaines auras épileptiques (Kleist, Foerster), et surtout dans les tumeurs cérébrales (Courville), les hallucinations auditives n'ont

pas fait l'objet, dans tous ces travaux, d'une étude sémiologique d'ensemble, cherchant à en préciser la valeur clinique éventuelle en neurologie.

Le travail suivant résulte d'une recherche systématique faite par le système des cartes perforées sur l'ensemble des malades du service du Professeur agrégé Marcel David, à l'hôpital Paul-Brousse, puis au Centre psychiatrique Sainte-Anne, depuis 1945. Nous avons ainsi retenu 34 cas d'hallucinations auditives au cours de syndromes neurologiques divers.

*
**

Du point de vue sémiologique, les hallucinations auditives peuvent être schématiquement divisées en hallucinations de type élémentaire ou complexe ; il ne s'agit pour l'instant que d'une division sommaire, ne préjugeant nullement de tous les caractères intrinsèques de l'hallucination. De plus, il est fréquent de voir s'associer chez un même sujet les deux types d'hallucinations, ou de constater leur succession au cours d'un même épisode. De même ne saurait-il être question de tracer toujours une frontière nette entre les deux groupes : les phénomènes « élémentaires » peuvent comprendre eux-mêmes des manifestations de caractère et de complexité variables ; nous décrivons ici, sous ce nom, l'ensemble des phénomènes auditifs n'ayant aucun caractère verbal, ni musical. Le groupe des hallucinations « complexes » sera composé, au contraire, de toutes les hallucinations de type verbal ou musical.

*
**

I. — « HALLUCINATIONS » AUDITIVES ELEMENTAIRES

Les phénomènes décrits par nos malades sont extrêmement variables.

Tantôt il s'agit de *bruits indistincts* que le sujet peut à peine définir, et sur les caractères sensoriels desquels il ne s'étend guère : c'est « une espèce de murmure » ou « un souffle » (che... che...) (obs. 6), de l'eau qui bout (obs. 11) ou qui coule d'une gouttière (obs. 3), un « jet de vapeur » (*id.*), un bruit de vent dans les feuilles, un bruit de feuilles froissées (obs. 3). Chez

d'autres malades, ce sont « des grincements de charrette » (obs. 31), le « roulement d'un train dans le lointain » (obs. 11) ; pour d'autres encore, des « crissements d'insectes », des « bruits d'animaux », etc...

Dans ce groupe entrent aussi les multiples références à des « sifflements », des « bourdonnements », « tintements », de durée et d'intensité variables (obs. 3, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 22, 23), perçus uni- ou bilatéralement, tantôt revêtant un caractère bref, paroxystique (« accès de bourdonnements ») (obs. 22), parfois se prolongeant pendant plusieurs minutes (obs. 11, 19). Lorsqu'ils sont de forte intensité, les malades les comparent volontiers à un « bruit de moteur » : « On croirait que j'ai un moteur qui tourne » (obs. 19), « C'est un moteur d'avion dans ma tête. » (obs. 11).

Il semble qu'il faille rapprocher de ces faits certaines allégations à des conversations imprécises, lointaines, à des « bruits de foule », rapportées par plusieurs sujets, impressions qui ne comportent toutefois aucun élément verbal : ainsi, un de nos sujets (obs. 10) vit son premier accès débuter par un « bruit de conversation » perçu dans l'oreille droite ; pendant quelques minutes, ce fut « comme l'impression d'une conversation chuchotée, murmurée, comme celle d'un salon perçue de loin ». L'aura de sa seconde crise reproduit la même impression : « Tellement de conversations, amplifiées sur ma première crise... ». Chez une autre malade, ce sont brusquement, « dans les oreilles, des millions de personnes qui criaient autour, mais je n'entendais pas ce qu'elles disaient... Je croyais que c'était dans la rue... » (obs. 19). Chez un autre, le caractère élémentaire de cette hallucination pseudo-verbale est mis en évidence par le terme même de bourdonnement utilisé pour la définir (obs. 15) ; « Mes oreilles, dit-il, bourdonnent trop, comme s'il y avait un groupe de personnes qui causaient. » Nous verrons par la suite que, si de telles hallucinations peuvent parfois précéder d'authentiques hallucinations verbales, ce fait ne leur confère aucune valeur ou signification particulière, l'hallucination verbale authentique, différenciée, étant aussi fréquemment précédée et introduite par d'autres types d'hallucinations élémentaires : bourdonnement, tintement, sifflement, etc...

On peut grouper à part, dans l'ensemble des hallucinations élémentaires, *celles qui comportent un élément rythmique :* on sait que, parmi les bruits auditifs subjectifs, le caractère rythmique caractérise les bruits d'origine vasculaire (anévrysmes intra-

crâniens, hypertension, etc...). Mais le caractère de rythme et de scansion se retrouve également parfois dans les phénomènes hallucinosiques : les malades comparent alors ceux-ci à un tic-tac d'horloge, à des ratés de moteur, à des explosions successives, à des bruits de mitrailleuse, etc... Si nous éliminons comme insuffisamment caractéristiques certaines descriptions de « battements », de « pulsations » d'oreilles, trois de nos malades seulement ont présenté un caractère rythmique net de l'hallucination élémentaire : chez l'un (obs. 13), l'aura auditive des crises épileptiques débute par un bourdonnement ; rapidement, celui-ci s'amplifie, le bruit devient régulier et martelé : c'est un tambour qui se rapproche, qui joue de plus en plus fort, dont le rythme se scande progressivement ; le sujet croit que ses oreilles vont éclater, puis survient la crise. Chez l'autre (obs. 10), après une phase initiale à type de bourdonnement et de chuchotement, l'amplification du phénomène est bientôt comparée au « bruit de fond de marteau pneumatique dans la tête... » Chez un troisième, le caractère rythmique apparaît comme un enrichissement et une différenciation très progressive des phénomènes subjectifs : succédant à une phase de bourdonnements et à des bruits continus, les hallucinations rythmées sont comparées successivement au bruit de pierres heurtées en cadence, puis à des éclatements de mitrailleuse, enfin au travail d'un forgeron frappant son enclume.

*
**

Les caractères esthésiques de ces hallucinations élémentaires sont habituellement assez peu définis, ce qui explique sans doute l'imprécision et la multiplicité des images qu'emploient parfois les malades en cherchant à les décrire : ainsi, l'un de nos sujets, pour exprimer le même trouble, parle successivement « d'une sorte de bourdonnement », de « cloches », de « bruit de la mer » (obs. 18). Si cette incertitude, cette variabilité dans les termes de comparaison, traduisent le caractère habituellement restreint ou fragmentaire de l'esthésie, nous trouvons dans quelques cas celle-ci exprimée sur le plan affectif à travers la tonalité pénible du vécu hallucinatoire ; un malade, lassé de ne pas trouver de terme précis de comparaison, se résume en exprimant l'impression de bouleversement qui l'a envahi : l'ensemble de ses acouphènes deviennent « un bouillonnement dans la tête » (obs. 11). D'autres soulignent la *stridence* du timbre, l'*intensité*

anormale des sons perçus ; certains ont « un véritable moteur d'avion » (obs. 25) ; d'autres, « une usine dans la tête » (obs. 26). Tous insistent dans ces cas sur le retentissement subjectif et le caractère pénible de ces manifestations.

*
**

Croyance hallucinatoire dans les hallucinations élémentaires : Ici, l'absence de croyance, la reconnaissance de l'origine extérieure et du caractère pathologique de l'hallucination auditive, est la règle. La plupart des sujets, en décrivant les phénomènes dont ils sont l'objet, ne se réfèrent même pas spontanément à une croyance ou une implication possibles (obs. 17, 18, 22, 11, etc...). Ils localisent habituellement leurs bruits parasites « dans les oreilles », ou « dans la tête », mais en reconnaissent toujours le caractère extérieur. Signalons que, chez une de nos malades, des hallucinations élémentaires à type d'acouphènes ne s'accompagnèrent jamais de croyance hallucinatoire, jusqu'au jour où aux phénomènes auditifs s'associèrent des hallucinations visuelles complexes ; le sujet crut à ce moment voir autour d'elle des chats qu'elle entendait miauler. Nous reviendrons ultérieurement sur cet aspect particulier de certaines associations hallucinatoires, qui, par la « congruence » de leurs manifestations sensorielles, semblent constituer un facteur favorisant de la croyance hallucinatoire.

Un autre groupe d'hallucinations élémentaires se distingue des précédentes par son caractère plus différencié, par sa sensorialité plus riche. Les malades les rapportent avec un vécu plus intense, même s'ils en perçoivent au prime abord le caractère pathologique : bruit de pas, porte qu'on ferme, vaisselle cassée, bruit de mains qu'on frappe l'une contre l'autre. Le sujet n'hésite pas à décrire tous les caractères de son hallucination, son timbre, sa hauteur, son rythme, sa provenance. Parfois, le degré d'extériorité et de sensorialité apparaît tel qu'il peut entraîner le sujet à des manœuvres de vérification. Chez une de nos malades, atteinte de syndrome thalamique, les troubles débutent brusquement par l'audition d' « un ferraillement de boîtes de conserve » ; surprise de ce bruit, le sujet va voir d'où il provient, ouvre sa fenêtre, inspecte la rue, et se rend compte alors que « c'était dans sa tête » (obs. 5).

Dans l'ensemble des cas de ce type, les manœuvres de vérification surviennent au cours de la première manifestation halluci-

natoire ; le caractère d'intensité et surtout la brutalité de survenue, l'irruption soudaine du phénomène hallucinatoire constituent toujours des circonstances favorables à l'éclosion de telles réactions. Elles sont rapidement rectifiées, ne réapparaissant plus lors des crises suivantes, même si celles-ci ont un aspect clinique identique.

*
**

Ces hallucinations élémentaires représentent une part importante de nos observations puisqu'on les retrouve dans 17 cas sur 34. Elles peuvent constituer l'unique manifestation auditive (9 cas seulement), ou au contraire précéder ou s'associer à des hallucinations complexes à caractère musical ou verbal (8 cas). Dans ce dernier groupe rentrent les manifestations hallucinatoires élémentaires, puis complexes, observées dans certaines lésions périphériques de la cochlée ou du nerf auditif (hallucinations auditives des otopathes), qui constituent, dans notre matériel clinique, cinq des huit cas précédents. Ce groupe des otopathes, du fait de sa cohésion et de certains aspects particuliers, sera envisagé isolément au cours de cette étude.

*
**

Nous donnerons ici seulement les caractéristiques générales des neuf cas constitués par des phénomènes hallucinatoires élémentaires isolés.

Obs. n° 5. — Ch... Renée, 38 ans. Début brutal : bruit de « ferraillement » dans la tête, durant une quinzaine de secondes ; entraîne une manœuvre de vérification immédiate : la malade va voir d'où provient ce bruit soudain, puis se rend compte secondairement que « c'est dans sa tête ». Sensation de malaise intense, impression de paralysie de l'hémicorps gauche ; vue brouillée. A l'examen neurologique, syndrome thalamique typique.

Obs. n° 6. — A... Lucien, 26 ans. Traumatisme pariéto-temporal droit avec enfoncement de l'écaille du temporal, présence de multiples esquilles ; intervention neurochirurgicale correctrice. Quelques semaines après, épisodes paroxystiques associant des impressions vertigineuses, des hallucinations visuelles complexes, des phénomènes auditifs élémentaires (murmure, bourdonnements).

Obs. n° 13. — L... 19 ans. Episodes paroxystiques d'apparition récente : audition de bruit de tambour, d'intensité croissante, et bientôt insoutenable. Auras épileptiques typiques confirmées par l'examen électroencéphalographique qui montre des altérations temporales.

Obs. n° 17. — A... Roland, 24 ans. Epilepsie post-traumatique. Auras ou équivalents constitués par des phénomènes auditifs élémentaires : sifflement brutal dans les oreilles, surtout à gauche ; association habituelle avec des troubles paroxystiques du schéma corporel : impression d'augmentation brutale de volume de la tête. Elargissement net de la corne temporale gauche à l'encéphalographie gazeuse.

Obs. n° 18. — H... Claude, 9 ans. Epilepsie. Equivalents avec association d'hallucinations auditives élémentaires (bruit de la mer, bruit de cloches), hallucinations olfactives et troubles du schéma corporel. Altérations diffuses de type comitial à l'électroencéphalographie.

Obs. n° 19. — G... Andrée, 19 ans. Epilepsie. Auras auditives : soit bourdonnements, soit « clameur d'une foule, bruit de milliers de personnes qui parlent ». Parfois auras auditives et épigastriques associées. Altérations diffuses à l'électroencéphalographie. Négativité des examens neuro-radiologiques.

Obs. n° 22. — M... Désiré, 36 ans. Accès paroxystiques de bourdonnements, perçus surtout du côté gauche, s'accompagnant de troubles paraphasiques et d'une alexie musicale. Signes d'hypertension intracrânienne. Hémianopsie latérale homonyme droite. Réticulosarcome du lobe occipital gauche.

Nous évoquerons seulement, en raison de sa complexité, l'observation de W... Jeanne, 46 ans (obs. n° 3), où s'associent des phénomènes auditifs élémentaires (jet de vapeur, roulement de train), des hallucinations visuelles figurées complexes esthésiques, mais n'entraînant pas la croyance, et des épisodes cataplectiques. L'autopsie montra dans la région pédonculaire, surtout à gauche, l'existence d'une cavité rappelant ce que l'on trouve dans les syringobulbies.

De même, nous mettons ici quelque peu à part l'observation n° 12 (B... Denis, 28 ans), où les hallucinations élémentaires se développent dans un contexte particulier du fait de leur coexistence avec un état de rêve. Cette observation mérite d'être citée en raison de la coloration particulière que lui donne la dissolution de conscience réalisée par le « dreamy state » ; il semble qu'ici l'envahissement, la prise par le sentiment d'étrangeté,

prédomine à un tel point la symptomatologie et la dynamique de cet état que les problèmes de l'hallucination, de la croyance ou de la non-croyance y apparaissent très effacés : le phénomène hallucinatoire se trouve présenté comme « au passage » et inclus dans la totalité d'un phénomène inexprimable, dans un vécu d'angoisse, d'étrangeté, véritable « expérience primordiale » au regard de laquelle le phénomène hallucinatoire semble bien ne plus constituer qu'un élément contingent :

B..., obs. n° 12, présente des crises associant sentiment d'étrangeté, état de rêve et hallucinations auditives, en rapport avec un angiome temporal droit : « ...Je commence à avoir l'impression que ce qui m'entoure devient un peu irréel, un peu estompé, comme les objets nous semblent se dissoudre légèrement dans une lumière trop éclatante, et en même temps vaguement étranger, inconnu, quoique me rendant compte de l'endroit où je me trouve. Alors que j'observe ces phénomènes, *je m'aperçois que mes oreilles se sont mises à tinter.* J'ai un peu de vertige ; je m'appuie au mur. Ça continue à tinter, comme si derrière le mur il y avait une sonnerie électrique au son sourd. La sensation d'irréalité continue, et puis monte une légère nausée qui me semble s'augmenter par la conscience que j'en prends... » Chez le même malade, une autre crise où sont présentes les hallucinations auditives (coups à tonalité étrange frappés derrière une cloison) s'accompagne d'un sentiment de déjà vu et de déjà vécu ; là encore, c'est l'ensemble de cette situation pathologique bouleversante qui marque le sujet de son sceau, bien davantage que les manifestations auditives qui s'y associent.

*
**

II. — HALLUCINATIONS AUDITIVES COMPLEXES

L'étude des hallucinations à caractère complexe — musicales ou verbales — revêt un intérêt particulier, surtout en ce qui concerne ces dernières, du fait de la mise en jeu de la fonction du langage. Henri Ey (1), dans son travail de 1938, a souligné avec force l'importance prise dans ces phénomènes par la relation avec le « système des significations humaines » que constitue le langage. Ce problème a été largement débattu depuis lors et nous n'y reviendrons pas ici, désirant limiter cette étude au

(1) Ey (H.). — Les problèmes physiopathologiques de l'activité hallucinatoire. *Evolution psychiatrique*, 1938, 2, pp. 3-73.

champ de la sémiologie. Un autre trait d'importance en ce qui concerne ce type d'hallucination consiste évidemment dans la discussion de leurs rapports avec les phénomènes hallucinatoires auditifs observés dans les états psychopathiques. Il est habituel d'opposer à la fréquence extrême des hallucinations de l'appareil auditivo-verbal en psychiatrie leur rareté dans les lésions neurologiques. C'est surtout dans les tumeurs cérébrales qu'ont été décrits la majorité de ces phénomènes, encore que leur fréquence y soit peu élevée. L'opinion classique est d'ailleurs que de telles manifestations sont exceptionnelles, même dans les tumeurs temporales : Kennedy (2), Cushing (3), Baruk (4) sont d'accord sur ce point. L'article de Courville (5) en relève seulement 12 cas sur un ensemble de 412 tumeurs cérébrales, dont 99 sont à localisation temporale. Sur 458 cas de tumeurs supratentorielles, Tarachow (6) relève six hallucinations auditives complexes et 40 élémentaires. De ce matériel, cet auteur infère que les hallucinations auditives élémentaires prédominent dans les lésions temporales et frontales, bien qu'on les rencontre fréquemment aussi dans les lésions de la base ; les hallucinations auditives complexes sont en relation prédominante avec les tumeurs temporales, bien que rencontrées dans les tumeurs frontales et pariétales.

L'un de nous, avec de Ajuriaguerra, note neuf cas d'hallucinations auditives sur une série de 439 tumeurs cérébrales (7). Nous avons souligné en outre que ce n'est que dans les six cas d'origine temporale qu'un caractère net pouvait leur être reconnu. En effet, dans les trois autres tumeurs (une frontale, deux mésodiencéphaliques), elles n'apparaissent que comme élément d'un syndrome délirant ou dans le cadre d'une confusion onirique.

Aussi, quoique peu fréquentes, ces hallucinations ne peuvent être considérées comme exceptionnelles, et sans doute faut-il

(2) Kennedy (F.). — The symptomatology of temporo-sphenoïdal tumours. *Arch. of Intern. Med.*, 1911, p. 317 sq.

(3) Cushing (H.). — The field defects produced by temporal lobe lesions. *Brain*, 1921, *44*, 4, 341-396.

(4) Baruk (H.). — Les troubles mentaux des tumeurs cérébrales. *Thèse*, Paris, 1926, un vol., 396 p., Doin, édit., Paris, 1928.

(5) Courville (C. B.). — Auditory hallucinations provoked by intracranial tumours. *Arch. of Neurol. and Psych.*, 1928, *19*, 1, 558-564.

(6) Tarachow (S.). — The clinical value of hallucinations in localizing brain tumours. *Amer. J. of Psychiat.*, 1941, 97, 1434-1442.

(7) Hécaen (H.) et Ajuriaguerra (J. de). — *Troubles mentaux des tumeurs cérébrales*, un vol., Masson édit., 153 p., Paris, 1956.

rappeler la pertinente remarque de de Morsier (8) selon laquelle leur rareté n'est peut-être que relative, ainsi que l'opinion de cet auteur pour qui les hallucinations passeraient souvent inaperçues dans les lésions temporales gauches, du fait même des phénomènes aphasiques qui empêchent le malade d'en faire part.

*
**

Dans notre matériel d'étude, ces hallucinations à caractère complexe se présentent en beaucoup plus grand nombre que dans les travaux que nous venons d'évoquer. Elles sont présentes au total dans *25 cas :* six cas d'hallucinations à thème musical, 16 cas d'hallucinations verbales, trois cas où hallucinations musicales et verbales alternent ou se mêlent (hallucinations musico-verbales). Notons en outre que l'association ou la précession par des phénomènes élémentaires (acouphènes) se retrouve dans 8 cas sur 25 : 5 de ces 8 cas, comme nous l'avons déjà signalé, appartiennent au groupe des lésions périphériques (hallucinations des otopathes). En ce qui concerne la correspondance possible entre certains types cliniques d'hallucinations et l'ensemble du syndrome pathologique dans lequel elles s'inscrivent, nous pouvons remarquer que les hallucinations des otopathes comportent fréquemment un élément musical (4 cas sur 5), et que les phénomènes de « recollection » semblent plutôt s'accompagner de manifestations verbales (2 cas). Mais il nous semble impossible de tirer de ces chiffres trop réduits des conclusions plus générales.

*
**

Hallucinations musicales

On ne reviendra pas ici sur le problème des hallucinations musicales élémentaires à propos desquelles ont été discutées la valeur et la signification des termes de comparaison utilisés par les malades, et qu'il apparaît difficile, sur ces critères bien douteux, de considérer comme des phénomènes différents des autres hallucinations élémentaires.

(8) Morsier (G. de). — Les hallucinations. *Revue d'O.N.O.*, 1938, *16*, 4, 224-352.

Par contre, des hallucinations musicales complexes, très élaborées et différenciées (chants, mélodies instrumentales, airs d'orchestre, etc...), existent à l'état isolé chez au moins six de nos malades, associées à des hallucinations verbales chez trois autres.

Ces hallucinations musicales peuvent se présenter avec un ensemble de caractères au total assez variable. Tantôt, elles revêtent un caractère stéréotypé ; c'est alors toujours le même thème musical qui revient au cours de chaque hallucination. Ainsi, la malade de notre observation n° 3, comitiale présentant des auras hallucinatoires visuelles et auditives, entend-elle toujours un même chant : il lui a semblé d'abord qu'elle entendait ce chant à la radio, mais elle s'aperçoit ensuite que « ce chant s'est trouvé sans que la radio marche ». Bien que le thème reparaisse fréquemment et qu'elle le reconnaisse sans difficulté, elle se montre toujours incapable de s'en souvenir après coup. Tantôt, à l'opposé, les airs entendus sont variables : chez une malade (obs. n° 15), déjà publiée par l'un de nous avec David et Coulonjou (9), les auras consistaient en chants, dont la malade ne pouvait distinguer les paroles, mais qu'elle reconnaissait sur le moment, sans pouvoir non plus s'en souvenir après la crise. Par la suite, les chants furent remplacés par des airs d'orchestre dont elle ne gardait pas davantage le souvenir. De même, chez un malade de Roger, Cornil et Paillas (10), les crises hallucinatoires se répétaient à plusieurs reprises chaque jour et l'air en était chaque fois différent, ainsi que les caractères esthésiques.

Chez certains sujets, le phénomène musical est précédé par des hallucinations élémentaires. Sur quatre cas de ce type que nous avons observés, trois correspondent à l'existence de lésions périphériques. Le quatrième cas concerne une aura d'épilepsie post-traumatique :

V... Georges, 57 ans (obs. n° 23), à la suite d'une blessure de guerre reçue en 1915 dans la région sus-auriculaire gauche, présente des crises comitiales précédées d'une aura auditive : celle-ci débute par un bourdonnement d'oreilles bilatéral. Puis « c'est une espèce de musique qui augmente progressivement, pas toujours le même air...

(9) David (M.), Coulonjou (R.) et Hécaen (H.). — Equivalents comitiaux de type hallucinatoire divers, uniques symptômes d'une tumeur temporale gauche. *Annales médico-psychologiques*, 1945, 103, 2, 1, 93-97.

(10) Roger (H.), Cornil (L.) et Paillas (J.-E.). — *Les épilepsies*, un vol., 341 p., Flammarion édit., Paris, 1950.

C'est un orchestre, une harmonie... » L'air halluciné est variable ; le sujet sait que ce n'est pas réel.

Chez un autre malade (obs. n° 21), les caractères esthésiques de l'hallucination apparaissent plus précis :

Il s'agit d'un sujet de 50 ans, comitial, qui présente l'aura suivante : audition de cloches, puis d'une véritable musique pluri-instrumentale. violon, clarinette et flûte. Il a alors l'impression que c'est lui qui dirige la musique : « On aurait dit, par exemple, quand j'entendais trop fort le violon, que je lui ordonnais de jouer moins fort pour que la flûte soit à un ton supérieur. » Ce sujet présenta ultérieurement d'autres auras réduites à l'audition de cloches, ainsi que des auras à type de pensée imposée.

Dans la plupart des cas, l'air entendu n'est qualifié que selon son retentissement affectif — air agréable ou déplaisant —, ou qu'en raison de références qualitatives assez globales : musique instrumentale, chants... D'aucuns déclarent qu'au moment même du phénomène hallucinatoire, ils ne peuvent identifier le thème musical, ou bien qu'ils sont incapables de se souvenir ensuite de celui qu'ils ont entendu (cas n° 3, n° 15, cas de de Morsier, Paillas, etc...). Certains de ces cas paraissent semblables à ceux des hallucinations auditives verbales à caractère aphasique, dont le sujet ne peut reconnaître la *signification*. Assez rares au total sont les observations dans lesquelles un thème musical soit clairement identifié dans l'hallucination et puisse être reproduit ensuite par le malade. Ici encore, faut-il tenir compte sans doute de l'importance de son contenu affectif et de sa signification personnelle (obs. n° 25).

⁂

Hallucinations verbales

Il convient d'éliminer ici, comme on l'a fait à propos des hallucinations musicales, certains cas qui, — malgré la référence à la *voix* (mais non au langage) —, ne correspondent en réalité qu'à une modalité d'hallucinations élémentaires : ainsi, l'une de nos malades (obs. n° 19), qui a présenté plusieurs crises épileptiques avec aura auditive élémentaire, comparées tantôt à « un bourdonnement dans la tête »,

tantôt à « un bruit de moteur qui tourne », définit une autre de ses auras par « l'impression, dans les oreilles, de milliers de personnes qui crient autour... ».

Si l'on élimine de tels cas, il reste 16 malades ayant présenté à l'état pur diverses modalités d'hallucinations verbales. Dans trois autres cas, les hallucinations verbales étaient associées à des hallucinations musicales. Nous pouvons donc souligner la relative fréquence de ce type d'hallucinations dans notre matériel clinique.

Ces phénomènes peuvent apparaître d'une richesse variable, allant de mots isolés à des phrases entières plus ou moins compliquées, plus ou moins significatives. Tantôt la phrase hallucinée revient, toujours la même, lors de chaque crise ; parfois il s'agit d'ordres, de conseils, directement donnés au sujet ; ici, ce n'est qu'une conversation entendue, des « voix qui se croisent ». Parfois, elles ne signifient rien. Dans certains cas, l'association de l'hallucination auditive à d'autres symptômes (hallucinatoires ou non) lui confère une allure ou une valeur particulière, l'intégrant dans l'ensemble d'un « vécu » pathologique. Par ailleurs, des modalités particulières de l'hallucination verbale sont réalisées par l'association de celle-ci avec des phénomènes aphasiques.

*
**

Certaines des hallucinations verbales observées peuvent se limiter à un embryon de phrase, voire à un seul mot ; elles présentent parfois un caractère stéréotypé caractéristique :

Monique R... 16 ans (obs. n° 4), présente depuis l'âge de 10 ans des équivalents épileptiques, avec brusque arrêt de la conscience, quelques automatismes moteurs, prononciation de mots non déformés, mais dépourvus de sens. Après un équivalent, elle voit la tête d'une poupée se transformer en la tête d'un nouveau-né, et elle entend clairement celui-ci dire : « Oui ». Sur le moment, elle a cru à la réalité de cette parole. Après un autre équivalent, la malade a cru qu'on lui avait parlé, qu'on lui avait dit : « Eva ». Elle interroge deux personnes qui se trouvent avec elle, leur demandant si elles ont prononcé ce mot.

Andrée G..., 23 ans (obs. n° 1), présente des crises épileptiques à début crural droit. A la reprise de connaissance, elle présente habituellement un ensemble de symptômes post-critiques particulier :

impression qu'on lui scie la jambe droite pendant plusieurs minutes, toux, faim et soif paroxystiques. Enfin, hallucination auditive stéréotypée, consistant en une voix qu'elle localise à son oreille droite, et qui répète sans cesse : « Je reviens, je reviens, je reviens... »

Hélène G..., âgée de 36 ans (obs. n° 27), se sent un matin brusquement fatiguée, s'allonge ; il lui semble qu'elle s'endort à demi, soudain, elle entend du côté gauche les voix de ses sœurs. Elle s'aperçoit qu'elles parlent, mais ne comprend pas ce qu'elles disent. Bientôt elle entend des voix d'enfants, qu'elle comprend, et qui l'appellent par son prénom : « Tata Lène, Tata Lène... ». A aucun moment la malade n'a eu l'impression que les voix venaient de l'extérieur, mais « qu'elles sortaient de son cerveau ». Un examen encéphalographique, pratiqué peu après cet incident, a montré à l'hyperpnée l'existence de décharges irritatives localisées en temporo-pariétale gauche.

Chez une autre malade, se retrouve le caractère de stéréotypie de l'hallucination verbale ; mais il s'agit ici de phénomènes plus complexes et il s'y associe parfois un écho de la pensée :

Raymonde C..., 34 ans (obs. n° 7) : épilepsie post-traumatique. Avant ses crises, auras auditives : pendant longtemps, c'était toujours une même phrase, « comme une phrase en latin : « Valla la dies un chelis les tarré. » Ensuite, audition de conversations. « J'entends quelque chose. Une conversation... Je n'entends pas comme si quelqu'un parle... On dirait qu'on déroule un rouleau. » Noter que cette malade présente, en outre, en général après les crises, des phénomènes d'écho de la pensée.

*
**

Certains phénomènes observés chez quelques-uns de nos malades peuvent être rapprochés de l'étude des hallucinations verbales :

La polyacousie, l'hallucination par un mot parasite : Le sujet, au cours d'une conversation réelle, saisit un mot qui revient ensuite de façon parasite, obsédante, s'imposer à lui comme s'il était maintes fois répété. Ce type d'hallucination existait chez un de nos malades, atteint de gliome temporal gauche, qui présentait par ailleurs des hallucinations auditives verbales et des phénomènes aphasiques (obs. n° 10) :

Un jour, il entend une conversation entre deux personnes, dans laquelle « il était question de poisson ». L'une disait à l'autre : « Nous,

aujourd'hui, on fait du poisson cuit. » Le sujet explique qu'alors brusquement « son idée s'est fixée » : les derniers mots entendus se répètent sans arrêt : « poisson cuit, poisson cuit... », et très vite pendant environ cinq minutes. Tandis que la véritable conversation avait été normalement perçue par les deux oreilles, la terminaison hallucinatoire « poisson cuit » était uniquement entendue par l'oreille droite.

De Morsier avait signalé les rapports qui peuvent exister parfois entre ce type de phénomène, les hallucinations palilaliques et le phénomène de l'écho de la pensée. Mais l'observation de Roussy et Lévy qu'il rapporte (écho de la pensée associé à une échopalilalie survenant au milieu de signes évolutifs diffus avec atteinte du langage et de la motricité chez un vieillard) semble assez discutable.

Le phénomène d'*écho de la pensée*, qu'on retrouve parfois chez certains de nos malades, a pu être parfois rapproché des hallucinations verbales. On sait qu'expérimentalement, Hoff et Silbermann, excitant au chlorure d'éthyle chez un blessé une brèche osseuse temporale, ont obtenu des hallucinations verbales et, secondairement, ce phénomène d'écho de la pensée. Cliniquement, l'écho de la pensée peut être retrouvé chez certains sujets ayant des hallucinations auditives. Une de nos malades (obs. n° 7) a présenté quelquefois ce phénomène ; elle avait par ailleurs des hallucinations verbales complexes (phrases, conversations), survenant comme aura de ses crises comitiales. Au contraire, l'écho de la pensée suivait parfois les crises, mais le phénomène pouvait se reproduire plusieurs jours avant ou après les crises. La malade précise à propos de ce trouble qu'elle ne croit pas en sa réalité et sait que cela se passe « dans sa tête ».

Certains ont voulu rapprocher des faits précédents l'état décrit par Penfield sous le nom de « *pensée imposée* » (forced thinking). Il ne saurait toutefois être question de faire entrer ce phénomène dans le cadre des hallucinations auditives, dont il ne présente aucune des caractéristiques. Ajoutons que, selon Penfield, l'origine lésionnelle en serait frontale. D'ailleurs, les malades qui analysent ce phénomène précisent toujours qu'ils n'ont pas l'impression d'*entendre* cette pensée forcée. S'ils présentent par ailleurs des hallucinations auditives verbales, ils font toujours nettement la différence entre les deux types de phénomènes ; nous avons observé un tel état chez un de nos malades (obs. n° 21), qui a présenté par ailleurs des auras comitiales à type d'hallucinations auditives élémentaires et parfois à type d'hallucina-

tions musicales. A plusieurs reprises, les auras se manifestent sous la forme d'une pensée parasite, indéfiniment répétée ; pendant cette aura, qui est moins longue que les auras hallucinatoires précédentes, le sujet essaie vainement de penser à autre chose, sachant que le phénomène annonce une crise. Les crises de « pensée forcée » s'accompagnent chez ce sujet de signes de la série aphasique ; l'électroencéphalogramme montre un petit foyer de pointes temporales gauches.

*
**

Caractères généraux des hallucinations complexes

Certains des aspects sémiologiques des hallucinations complexes peuvent être évoqués ici ; d'autres (en particulier l'esthésie et la croyance hallucinatoire) seront repris par la suite en fonction des différents groupes d'hallucinations qu'ils contribuent à définir.

La *latéralisation,* au demeurant rare, des phénomènes hallucinatoires, nous paraît un élément dépourvu de valeur ; chez les quatre malades chez lesquels on a mis en évidence une telle latéralisation, deux présentaient des hallucinations complexes. Dans l'observation n° 1, il s'agissait d'une épilepsie avec équivalents auditifs chez une femme de 23 ans ; l'hallucination consiste chez elle en une voix stéréotypée entendue dans l'oreille droite ; les examens complémentaires (électroencéphalogramme, examen oto-rhino-laryngologique, encéphalographie, angiographie) ne permettent de retrouver aucun signe d'atteinte localisée. Dans l'observation n° 10 (gliome temporal gauche), les hallucinations élémentaires, aussi bien que les phénomènes complexes à type d'hallucinations verbales aphasiques, sont perçus dans l'oreille droite.

Il faut opposer la rareté et l'absence de valeur de la latéralité du trouble dans les hallucinations complexes à la fréquence relative et à la valeur possible de ce signe dans certaines catégories d'hallucinations observées lors de lésions périphériques (hallucinations des otopathes).

Relations avec les troubles auditifs : Il existe des relations importantes entre les troubles déficitaires auditifs et la survenue des phénomènes positifs, hallucinatoires, en dehors même des cas d'otopathies.

Les auras hallucinatoires peuvent être précédées comme dans l'observation n° 28 d'une surdité transitoire : « Je vois soudain les gens avec leurs lèvres qui remuent, mais je n'entends plus rien. » Ensuite surviennent chez ce malade des illusions auditives, le sujet ayant l'impression que les gens qui l'entourent parlent avec des voix « énormes », des voix « de tonneau » ; enfin, apparaissent les hallucinations auditives.

Dans trois cas, l'hallucination se produit parallèlement à des modifications du fond sonore ; les bruits extérieurs sont diminués ou abolis pendant la survenue du phénomène hallucinatoire, ou recouverts par des bruits parasites. Parfois, ces modifications respectives se font en relation avec l'effort d'attention volontaire.

Rôle de l'attention : Dans l'observation n° 16, les rapports entre attention, hallucinations auditives et perception du fond sonore, apparaissent avec netteté ; lors de la première crise, le malade note : « Les voix étaient particulièrement fortes et je pouvais entendre les deux personnages (ma mère et mon cousin) parler presque distinctement de ce poste de T.S.F. lorsque je n'y prêtais pas attention. Au contraire, les voix s'éloignaient et faiblissaient lorsque je faisais un effort pour mieux comprendre ce que se disaient ma mère et mon cousin. » Par contre, si son attention se détournait, le sujet note que les voix devenaient « assourdissantes ». Ultérieurement, à l'occasion d'une nouvelle crise, il remarque : « Le bruit du réfectoire décroissait et j'avais des hallucinations de l'ouïe semblables à celles que j'avais notées un an auparavant... Le bruit diminuait et j'entendais ces voix, mais dès que j'essayais de savoir ce qu'elles disaient, ces voix décroissaient, alors que le bruit du réfectoire revenait. »

Contenu des hallucinations complexes : la question du contenu et de la valeur signifiante de certaines hallucinations soulève des problèmes physiopathologiques dans la discussion desquels nous n'entrerons pas au cours de l'étude présente. Nous signalerons quelques faits qui nous ont paru remarquables dans l'ensemble de nos observations :

1) *L'évolution et la transformation de certaines hallucinations élémentaires en hallucinations complexes :* les phénomènes auxquels nous faisons ici allusion se rencontrent avec un maximum de fréquence et de typicité dans le groupe des otopathes que nous étudierons par la suite. Soulignons néanmoins déjà que l' « habillage » progressif des hallucina-

tions élémentaires primitives y montre le travail complexe qui peut s'élaborer autour des éléments les plus simples de l'activité hallucinatoire neurologique, et met en évidence l'importance de la projection affective du sujet.

2) *Dans certaines hallucinations complexes, musicales ou verbales,* cette projection affective est encore plus nette. Rappelons d'abord l'observation n° 28, précédemment citée. Chez une autre malade (obs. n° 27), qui présente des épisodes hallucinosiques paroxystiques peut-être en rapport avec une comitialité, apparaît un jour une hallucination musicale thématique : c'est un fragment orchestral, qu'elle reconnaît et identifie comme étant un passage du deuxième mouvement de la « Symphonie pathétique », qui l'avait toujours beaucoup touchée sur le plan affectif.

La valeur signifiante apparaît au maximum dans les hallucinations verbales. La malade de l'observation n° 1 présente un ensemble de phénomènes comitiaux post-critiques : phénomènes végétatifs paroxystiques, faim et soif intenses, impression de vertige rotatoire, et enfin phénomènes auditivo-hallucinatoires. Ces derniers accompagnent la reprise de connaissance ; elle entend alors, dans son oreille droite, une voix qui répète de façon stéréotypée : « Je reviens... Je reviens... Je reviens... Je reviens... ».

De même, la malade de l'observation n° 14, chez qui le thème habituel de l'aura tient en ces quelques mots plusieurs fois répétés : « Geneviève, tu vas t'évanouir... ».

*
**

Nous envisagerons maintenant le problème général des *caractères esthésiques et de la croyance hallucinatoire* dans les hallucinations complexes. L'étude de ces caractères sémiologiques au cours des hallucinations musicales et verbales constitue un élément important qui nous a d'ailleurs permis de regrouper nos observations en deux sous-groupes principaux que nous envisagerons par la suite.

Les caractères esthésiques des hallucinations auditives complexes ont fait l'objet de discussions d'autant plus passionnées qu'à travers elles on aborde rapidement le problème même de la physiopathologie de l'activité hallucinatoire. Il est classique de reconnaître aux hallucinations « psycho-sensorielles » les caractères d'esthésie et de spatialité dont seraient dépourvues les

« hallucinations psychiques ». De même, a-t-on voulu opposer par l'importance de ces caractères et leur rapport inverse avec la croyance les hallucinoses du type de celles engendrées par les affections neurologiques aux hallucinations des syndromes psychiatriques.

Les caractères esthésiques d'un phénomène acoustique englobent les qualités distinctives propres aux phénomènes de l'audition : hauteur, intensité, timbre des sons, localisation spatiale. Or, si nous considérons l'ensemble de nos observations d'hallucinations complexes, il apparaît d'emblée qu'il est impossible de schématiser les caractères esthésiques des phénomènes hallucinatoires qui y sont rapportés. Pour en simplifier l'analyse, nous envisagerons successivement ces caractères dans les hallucinations musicales et dans les hallucinations verbales.

1) Les *hallucinations musicales* présentent fréquemment un *caractère d'esthésie* plus riche que les autres catégories de manifestations hallucinatoires ; leur *intensité* est variable : chants ou airs lointains et comme atténués, parfois au contraire amplifiés et assourdissants. Tantôt, cette intensité se modifie dans le déroulement même du phénomène hallucinatoire, allant en général en s'amplifiant progressivement, surtout lorsque l'hallucination musicale survient comme aura d'une crise comitiale ; ainsi, dans l'observation n° 23, l'aura musicale, comparée à une musique orchestrale, augmente sans cesse d'intensité jusqu'au déclenchement de la crise. La *fréquence*, la *tonalité* et même le *timbre* des sons, sont parfois si caractéristiques que le sujet les attribue avec précision à tel ou tel instrument de musique : ainsi, le malade de l'observation n° 21, au cours d'auras épileptiques, distingue-t-il clairement plusieurs instruments : violon, clarinette, flûte. Il existe des variations de l'intensité relative des sons et des timbres de ceux-ci, l'un ou l'autre passant alternativement au premier plan ; le malade a alors l'impression qu'il s'agit d'une véritable orchestration et que lui-même dirige l'exécution musicale. Un autre malade reconnaît clairement la sonnerie du clairon. La malade de l'observation n° 27 entend un jour, « du côté gauche, comme un morceau de flûte ». « C'étaient, déclare-t-elle, des notes très élevées, mais qui ne me faisaient pas mal. Pour moi, ça semblait très joli, c'était très harmonieux et juste, bien que je ne connaisse pas la musique. »

Mais le plus souvent le caractère sensoriel apparaît plus global, les sujets différenciant seulement l'existence d'une musique « instrumentale » ou « chorale » (obs. n°s 15, 26, 28).

Par ailleurs, la valeur même des comparaisons employées par les malades pour traduire les impressions qu'ils ont ressenties doit être bien souvent discutée. L'observation suivante (n° 28) montre la prudence avec laquelle il faut accueillir certains termes de comparaison dont apparaissent, à l'analyse, l'imprécision, la variabilité, le caractère relatif ou interchangeable, et surtout les traits de référence subjective et *affective,* en même temps que se dégage finalement l'impression d'un caractère insaisissable, inanalysable ou *indescriptible* du trouble :

Il s'agit d'un malade de 63 ans, présentant depuis l'âge de 20 ans des crises comitiales, précédées depuis de nombreuses années par une aura hallucinatoire auditive s'accompagnant d'une surdité transitoire. Cette aura, toujours identique, est qualifiée par le malade de « musique d'église ». Or, quand on demande au sujet de s'expliquer sur ce terme, voici ce qu'il nous déclare : « On se figurerait que c'est une musique d'église, qu'il y a des milliers d'enfants de chœur qui chantent avec des voix très aiguës, comme qui dirait en latin... Je dis " musique d'église ", c'est de la musique sérieuse, c'est tout ce que je peux dire, mais ça va trop vite, je n'ai pas le temps de saisir... Ça ne ressemble pas à de l'accordéon C'est exactement comme quelqu'un qui connaîtrait la musique classique et qui irait aux Indes et serait bien désorienté par la musique des Indes... Là, c'est pareil, je ne peux pas vous dire : c'est du Bach ou du Beethoven, ce n'est pas pareil, *je ne peux pas analyser.* Il faudrait que j'aie une crise maintenant pour pouvoir peut-être vous analyser... Je ne peux même pas dire si ça ressemble vraiment à une chose qu'on entend normalement. C'est beaucoup plus fort que de la musique... *Je pense que c'est peut-être parce que je n'aime pas beaucoup la musique d'église et que je ne suis pas croyant que j'appelle ça comme ça, parce que ça m'est désagréable.* »

Cette observation, outre l'importance des références affectives, traduit assez clairement l'existence d'un problème devant lequel nous nous trouvons placés pour un grand nombre de nos malades : l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de dégager le contenu esthésique du phénomène hallucinatoire. Fréquemment, celui-ci revêt un caractère indescriptible, indicible, et tout ce que le sujet arrive à exprimer en est le côté proprement ineffable.

2) *Dans les hallucinations verbales,* les caractères et l'importance de l'esthésie hallucinatoire paraissent encore plus réduits.

Ce qui frappe d'abord à la lecture des observations de malades présentant des hallucinations verbales, c'est la rareté de la réfé-

rence aux caractères esthésiques des voix : sur 16 malades ayant présenté des hallucinations auditives verbales, 10 ne font jamais aucune mention de l'esthésie hallucinatoire, trois précisent l'appartenance des voix entendues, — mais se fondent pour cela sur des éléments d'appréhension qui n'ont rien à voir avec l'esthésie —, trois enfin décrivent nettement les caractères des voix entendues.

Ce premier fait confirme la remarque faite par Quercy chez les malades mentaux, selon laquelle le sujet atteint d'hallucinations auditives ne pense guère tout seul aux caractères physiques de la voix. L'esthésie auditive serait ainsi moins « objective » que l'esthésie visuelle. Et tout semble ici se passer comme si le seul fait d'*entendre* primait les caractères sensibles de la voix entendue.

Dans les quelques cas où nos malades font allusion au caractère esthésique des voix, c'est en termes fort pauvres : « C'était comme une vraie voix, et bien vivante », déclare l'une d'entre elles (obs. n° 4) ; dans l'observation n° 9, le malade précise simplement que « voix et relief existent ».

Au contraire, dans l'observation suivante (obs. n° 16), les caractères d'esthésie, d'abord assez imprécis, acquièrent plus de netteté pendant le déroulement de la crise ; il s'agit d'un malade atteint de gliome kystique temporal gauche, qui présente des crises comitiales précédées d'auras auditives. Voici sa description de l'une de ses crises :

« Ce n'était d'abord, dit-il, qu'un bruit de conversation, mais, sans entendre distinctement au début les arguments de la discussion, je *sentais* qu'il s'agissait d'une conversation entre deux personnes. J'ai pu, dès le début, caractériser le bruit. Puis les sons se sont amplifiés et, quelques secondes plus tard, les voix étaient si distinctes que je me suis retourné pour voir si quelqu'un ne me suivait pas. J'étais dans un endroit désert, les voix allaient s'amplifiant et j'ai pu entendre plusieurs fois qu'il s'agissait d'un poste de T.S.F. entre deux personnes dont j'ai reconnu les voix : celle de ma mère et celle de mon cousin. » Au cours des crises ultérieures, l'aura du malade se modifia legèrement : « Le bruit que j'entendais n'était pas un bruit indistinct, mais il s'agissait toujours d'une discussion entre deux personnes, dont les voix avaient un timbre mal défini. Contrairement à ce qui m'était arrivé un an plus tôt, je n'arrivais pas à savoir si c'étaient des voix d'homme ou de femme. »

Par contre, dans d'autres cas, malgré la désignation ou la précision des voix hallucinées, il apparaît à l'analyse que ce n'est

pas, ou guère, sur la présence de caractères esthésiques que se fondent les malades pour différencier plusieurs voix ou pour en déterminer l'appartenance supposée : ainsi, chez deux autres (obs. n°s 10 et 20), l'allusion à l'audition de « conversation » se fait sans aucune référence à l'esthésie des voix. Celles-ci n'ont ni timbre, ni sonorité différente. Les malades se contentent d'affirmer qu'il y a « plusieurs voix », et le terme de « conversation » lui-même semble traduire surtout une appréhension globale de l'hallucination, et ne correspondre nullement à des différenciations précises.

Chez trois autres malades (obs. n°s 9, 29 et 30), il existe une désignation des voix hallucinées. Mais, dans les trois cas, il s'agit de malades présentant un état de rêve ou une « recollection ». L'un de ces malades (obs. n° 9) présente une aura avec état de rêve et vision panoramique du passé, au cours de laquelle il entend nettement parler les personnages de son enfance, qu'il revoit. Le second et le troisième malade (n°s 29 et 30) présentent des états de rêve au cours desquels ils entendent la voix de leurs parents. Dans aucun de ces exemples, la caractérisation des voix hallucinées ne se fait à partir d'éléments esthésiques. Ce qui compte, semble-t-il, avant tout, est, ici encore, l'*ensemble* du phénomène revécu, ainsi que les modifications primordiales de l'état de conscience qui l'accompagnent ; l'hallucination n'y acquiert caractère et personnalité que par référence à la situation d'ensemble revécue.

Enfin, dans certains cas, c'est la tonalité et la projection affectives qui apparaissent au premier plan des caractères analytiques de l'hallucination ; ce sont ces éléments, plus que les caractères esthésiques, qui semblent déterminer, dans certaines hallucinations complexes (obs. n°s 25 et 27), l'individualisation ou l'appartenance des phénomènes hallucinés.

*
* *

Des problèmes d'une complexité identique apparaissent lorsque l'on aborde la question de la *croyance manifestée à l'égard des phénomènes hallucinatoires*.

Là encore, il apparaît d'emblée impossible de schématiser. La position des sujets dépend, semble-t-il, non seulement du type même de l'hallucination (et, à ce propos, il existe par exemple des différences entre les hallucinations musicales et celles qui

mettent en jeu la fonction du langage), mais également du contexte, du contenu, de la part affective que comporte le phénomène, des caractères dynamiques de l'hallucination, de la précession éventuelle par des hallucinations élémentaires, enfin de la possibilité d'associations hallucinatoires.

Aucun de nos sujets présentant des *hallucinations musicales* n'a cru en l'origine extérieure de ces manifestations. Dans quelques cas, cependant, la première manifestation hallucinatoire a pu s'accompagner d'une manœuvre de *vérification immédiate :* ainsi en fut-il chez la malade de l'observation n° 27, déjà citée, dont les hallucinations présentaient, à vrai dire, des caractères particuliers : hallucinations latéralisées survenant en période hypnagogique, à thème d'un passage orchestral favori de la malade. L'audition de cette musique entraîna, lorsque le phénomène apparut pour la première fois, une manœuvre de contrôle de la part du sujet qui voulut vérifier si cette musique ne provenait pas d'un poste de T.S.F.

De tels cas semblent correspondre, soit, comme nous l'avions indiqué précédemment à propos des hallucinations élémentaires, au caractère de brutalité de la première manifestation hallucinatoire, soit à des manifestations caractérisées par leur forte esthésie. Ainsi, la malade précédente décrivait-elle d'abondance les données sensorielles du thème musical halluciné. Mais, dans ces cas, même temporairement abusé, le sujet rectifie rapidement son erreur.

Des remarques identiques peuvent être faites à propos des malades atteints d'*hallucinations auditives verbales*. Cependant, si, dans tous les cas que nous avons observés, il n'y avait pas de croyance secondaire, ni d'implication délirante, c'est toutefois dans ce groupe que se rencontrent avec le maximum de fréquence la croyance immédiate et les manœuvres vérificatoires qu'elle peut entraîner. « Je l'ai entendu comme des paroles vraies ; c'était bien vivant... J'ai cru sur le moment que c'était vrai », déclare Monique R... (obs. n° 4). Cette même malade, s'entendant appeler par son nom de façon répétée au cours d'un autre équivalent comitial, interroge son entourage pour savoir qui l'a appelée. Denise C... (obs. n° 2), lors de ses épisodes narcoleptiques, entend une conversation de voix « amplifiées », à laquelle elle croit toujours dans l'immédiat : « Sur le moment, je crois, ça m'impressionne, j'ai peur... ».

Il nous a semblé, dans l'ensemble du groupe des hallucinations verbales, que la survenue des phénomènes, — dans les cas où

ceux-ci correspondent à des manifestations comitiales —, au milieu d'une impression subjective de malaise envahissant (obs. n° 14), ou au maximum d'importants troubles végétatifs d'accompagnement (obs. n° 16) (cryesthésie, sueurs intenses), s'accompagnait toujours d'une absence de croyance à l'hallucination. Nous pouvons rapprocher ce fait des remarques que nous ferons ultérieurement sur certains malades atteints de manifestations « temporales », dreamy states, sentiment d'étrangeté, de déjà vécu.

Une note particulière doit être consacrée ici, comme nous l'avons fait à propos des hallucinations élémentaires, à l'association avec les hallucinations visuelles. Dans les deux cas (obs. n°s 8 et 24), où celles-ci étaient associées à des phénomènes d'hallucinations auditives verbales, — le personnage hallucinatoire prononçant les paroles hallucinées —, il y a eu croyance immédiate en la réalité des manifestations hallucinatoires.

On peut remarquer à ce sujet qu'une telle association réalise au maximum les conditions de *congruence* et de « cohérence » du phénomène pathologique avec l'ensemble des données vécues au même instant. Lorsque les hallucinations complexes (musicales mais aussi verbales) ont été précédées de manifestations à type d'hallucinations élémentaires, il n'existe à aucun moment dans nos cas de croyance hallucinatoire (les hallucinations des otopathes en sont un exemple net).

*
**

Essai de classification des hallucinations complexes

Si nous tentons de regrouper les hallucinations complexes (musicales ou verbales), en tenant compte non plus seulement de la sémiologie de l'hallucination isolée, mais de l'ensemble des caractères d'accompagnement (esthésie, croyance, état de conscience), plusieurs groupes de faits principaux se détachent de nos observations : d'une part, un important ensemble de cas réunis par les caractères d'esthésie, de croyance immédiate et l'absence de troubles de la conscience ; d'autre part, un groupe plus réduit où prédomine le sentiment d'étrangeté, de déjà vécu et des modifications particulières de l'état de conscience.

1° Les hallucinations auditives complexes à caractère esthésique

Ce premier groupe réunit 14 observations. Les éléments habituellement retrouvés en sont le caractère esthésique relativement développé du phantasme hallucinatoire, la fréquence de la croyance immédiate et de l'adhésion primitive du malade à celui-ci. Les hallucinations peuvent être uniquement verbales (9 cas), ou musicales (4 cas), ou encore (1 cas) musicales et verbales. L'association à des hallucinations auditives élémentaires se retrouve dans trois cas.

Dans l'ensemble de ces observations, le caractère esthésique de l'hallucination est assez marqué. Ce caractère est particulièrement net dans les hallucinations musicales, et, cependant, aucun des sujets présentant dans ce groupe de semblables hallucinations (cas n°ˢ 21, 23, 28, 33) n'a cru à la réalité de ces manifestations. Cette opposition entre le degré de l'esthésie et la croyance du sujet est beaucoup moins fréquente, par contre, chez les malades présentant des hallucinations verbales. La différence que nous notons à ce propos entre les hallucinations à caractère musical et celles du domaine du langage tient peut-être à l'incongruence plus fréquente de l'hallucination musicale que de l'hallucination verbale par rapport à la situation vécue.

Nous constatons ainsi que, parmi les sujets présentant des hallucinations verbales, cinq au moins ont cru dans l'immédiat à la réalité de leurs phantasmes. Mais, dans de tels cas, même temporairement abusé, le sujet rectifie d'habitude assez rapidement son erreur. Dans toutes les observations de ce type que nous avons rencontrées, il n'y avait ni croyance secondaire, ni implication délirante. Lorsque l'épisode hallucinatoire se répète, il est habituel de voir chez les malades de ce groupe s'effacer ou disparaître la croyance au phantasme qui avait accompagné la manifestation initiale ; ce phénomène est particulièrement net lorsque l'hallucination revêt un caractère stéréotypé et se présente à chaque fois sous la même forme. Cette disparition secondaire de la croyance, avec des données esthésiques et dans des conditions de vécu identiques, constitue un élément important. Elle témoigne de la conservation de capacités de rectification, de l'absence d'intégration des données immédiates de l'hallucination. Ces cas répondent typiquement aux caractères généralement reconnus aux « hallucinoses ».

*
**

Il peut être intéressant, en vue de rechercher s'il existe des données permettant de préciser une localisation éventuelle, d'étudier l'ensemble des cas de ce groupe sous un autre angle, celui des *associations pathologiques* survenant au cours d'auras ou d'équivalents comitiaux. Or, la fréquence et le type clinique de ces associations apparaissent significatifs : sur nos 14 observations, il existe seulement deux cas dans lesquels l'hallucination auditive représente un phénomène isolé (dans les deux cas, il s'agit d'hallucinations musicales) ; au contraire, les associations se rencontrent à 17 reprises dans les 12 observations restantes (ce chiffre plus élevé s'explique par l'existence, dans plusieurs cas, de plusieurs types de manifestations associées).

Ces différentes associations se répartissent ainsi :

phénomènes aphasiques associés : 5 cas ;
troubles associés du schéma corporel : 2 cas ;
hallucinations vestibulaires : 4 cas ;
hallucinations gustatives : 1 cas ;
hallucinations visuelles complexes : 5 cas.

La concordance de ces divers types d'association nous permet d'admettre que l'hallucinose auditive complexe à caractère esthésique peut être déterminée par des lésions situées sur la convexité du lobe temporal ou de la région temporo-pariétale.

Etudions maintenant le détail de ces diverses associations.

***

Les associations les plus fréquentes chez ces malades sont celles qui se produisent — avec une électivité toute particulière pour ce groupe — avec les troubles de la fonction du langage. *L'association des hallucinations verbales esthésiques avec les phénomènes aphasiques* peut se réaliser cliniquement selon plusieurs types : précession, accompagnement, ou coïncidence.

Chez un de nos sujets (obs. n° 21), des phénomènes aphasiques sont apparus en même temps que les manifestations hallucinatoires ; il semble y avoir eu chez lui coïncidence des deux éléments sans que l'aphasie paraisse influer sur les caractères de l'hallucination : nous avons rapporté précédemment l'observation de ce sujet présentant des phénomènes de « pensée forcée » au cours d'auras épileptiques

pendant lesquelles apparaissent aussi des troubles d'aphasie sensorielle.

Chez une autre malade (obs. n° 15), atteinte de méningiome de la petite aile du sphénoïde, comprimant la partie antérieure du lobe temporal gauche, les hallucinations auditives, sans acquérir elles-mêmes de caractères aphasiques, s'accompagnent, comme dans le cas précédent, de phénomènes de la série aphasique : cette malade, âgée de 31 ans, présente des crises comitiales généralisées, avec aura hallucinatoire auditive : bourdonnements, thèmes musicaux, dont elle reconnaît l'air sur le moment, chants d'enfants, dont elle ne peut distinguer les paroles et qu'elle oublie par la suite. Ces auras se modifient ultérieurement, les chants étant remplacés par des airs d'orchestre dont elle ne garde pas non plus le souvenir. Ces équivalents comportent aussi des phénomènes aphasiques au cours desquels la malade voit les personnes qui l'entourent sans pouvoir leur parler, ni comprendre ce qu'elles lui disent. Le sujet ne présente pas de modifications du fond mental et n'attache pas de croyance à ses hallucinations.

Dans l'observation n° 16 (R... André), il s'agit d'hallucinations auditivo-verbales survenant comme aura de crise épileptique, ou comme équivalents. Chez ce malade, porteur d'un gliome kystique prédominant à la partie moyenne de T 2, les phénomènes aphasiques surviennent, soit en même temps que les hallucinations de l'ouïe, soit isolément, mais également de manière paroxystique. Au cours de la première crise, il lui semble d'abord entendre des voix, puis il « sent » qu'il s'agit d'une conversation, enfin il identifie la voix de sa mère parce qu'elle appelle son cousin par son prénom, et parce que la conversation, familière et affectueuse, porte sur un poste de T.S.F. A ce moment, bien qu'il perçût les voix très distinctement, comme semblant venir d'une dizaine de mètres derrière lui, le malade ne pouvait exprimer ou répéter aucun mot, excepté le prénom de son cousin. Lors d'autres crises, des troubles aphasiques se manifestent chez ce malade par paroxysmes, mais en dehors de tout phénomène hallucinatoire.

On voit donc, dans ce cas, les manifestations aphasiques se présenter soit en association, soit en alternance avec les hallucinations verbales.

Les cas les plus intéressants de ce groupe sont ceux dans lesquels les phénomènes aphasiques se manifestent à travers l'hallucination verbale elle-même. Au cours d'une aura ou d'un équivalent critique apparaissent alors des « hallucinations verbales aphasiques » du plus haut intérêt diagnostique. Elles peuvent

soit accompagner des phénomènes aphasiques cliniquement décelables au même moment, soit résumer toute la symptomatologie. Le patient est, dans ce cas, non seulement incapable de comprendre les personnes qui l'entourent et qui lui parlent, mais encore les mots hallucinés eux-mêmes ; il sait que ce sont des paroles, mais ne peut distinguer ce qu'elles expriment. Ce sont, disent les malades, « des mots incompréhensibles », des « phrases tronquées », « du chinois », etc... Ce type particulier d'hallucination verbale revêt ainsi une haute valeur localisatrice. Deux de nos malades (obs. n°s 10 et 20) ont présenté de semblables hallucinations verbales à caractère aphasique :

1) Chez Maurice S..., 31 ans (obs. n° 20), épileptique traité depuis l'âge de 17 ans pour des crises généralisées, apparaissent, à partir de 1947, des crises à aura auditive ; ces auras revêtent fréquemment un caractère aphasique : « J'entends quelque chose dans ma tête. Il est question de courses de chevaux ; je n'entends pas franchement parler. Ce sont des mots incompréhensibles. Je les répète ; sitôt que je les dis à ma femme, ça ne veut rien dire... »

2) L'observation suivante (obs. n° 10) est particulièrement typique de ces associations entre phénomènes hallucinatoires et phénomènes aphasiques :

Il s'agit d'un malade de 44 ans, indemne de tout antécédent neurologique, qui présente brusquement un épisode d'hallucinose auditive, de caractère aphasique, associé à des troubles du langage exprimé. Les caractères de cet épisode sont remarquablement analysés dans le récit du malade : « Des bruits dans l'oreille droite, d'une durée d'environ quelques minutes... C'est comme un bruit de conversation, — comme le bruit d'un salon perçu de loin ; ça se déplace à droite en tournant la tête. Des chuchotements... quelque chose qui n'est pas..., c'est difficilement situé. Je ne comprends pas les paroles, je ne peux pas. C'étaient des phrases, ça n'avait pas de sens ; tout de même, ce n'était pas du chinois. Surtout, des phrases tronquées qui n'avaient pas de sens..., une conversation dont j'essayais de chiper le sens, mais je ne pouvais pas. A chaque commencement, je pensais : « Tiens, j'ai saisi ça. » Puis je ne pouvais pas. En même temps, le malade présentait des troubles aphasiques : « Je n'arrivais pas à parler. C'était pénible pour moi de me comprendre... C'est la parole qui a trahi ma pensée. »

Quelques heures plus tard, ce malade présente une autre crise du même type : nouvel épisode hallucinatoire auditif, localisé à droite, d'abord à caractère rythmique, puis revêtant typiquement le caractère

de l'hallucination aphasique, suivi enfin également d'un épisode aphémique. « Je me mets à entendre des conversations dans ma tête, amplifiées, sur ma crise précédente, comme un bruit de fond de marteau pneumatique dans ma tête qui m'a duré pas mal de temps. Rien de net comme conversation : je savais que ce n'était pas du chinois, je savais que c'était de l'embryon de français. Je ne pouvais déchiffrer les mots... des mots tronqués chaque fois... »

Ce malade présentait un gliome de la partie moyenne de T 1 à gauche.

L'intérêt de l'association avec les phénomènes aphasiques, — que celle-ci se fasse sous la forme de précession, succession, concomitance des deux séries de troubles, ou qu'elle réalise au maximum l'aspect des hallucinations verbales aphasiques —, réside dans la valeur localisatrice qu'on peut reconnaître à un tel aspect clinique. Sur nos 14 cas d'hallucinations auditives complexes à caractère esthésique, cinq cas s'accompagnent de manifestations aphasiques et la localisation temporale gauche peut y être affirmée.

⁂

L'association à des troubles du schéma corporel existe dans deux observations de ce groupe :

Dans l'observation n° 28, ces troubles surviennent, ainsi que les hallucinations de l'ouïe, à titre d'auras comitiales. Il s'agit d'un sujet de 63 ans, présentant depuis l'âge de 20 ans des crises convulsives, à périodicité peu fréquente (deux à trois crises par an). Les crises sont annoncées par une surdité brutale (« Je vois les gens avec leurs lèvres qui remuent, mais je n'entends rien »), précédant de peu l'apparition d'illusions auditives (déformations des voix entendues, « voix énorme », « voix de tonneau ») et d'hallucinations musicales d'une grande richesse sémiologique que nous avons longuement analysées précédemment. Les troubles du schéma corporel apparaissent, tantôt en même temps que l'aura auditive, tantôt sous une forme isolée qui résume l'aura : le sujet a brusquement l'impression que sa tête va éclater, qu'elle augmente de volume de façon démesurée, qu'elle s'hypertrophie soudain, alors que le reste du corps perd toute proportion par rapport à elle.

La seconde observation (obs. n° 32) est intéressante par la

multiplicité des manifestations hallucinatoires de types divers qui s'y trouvent réunies. Il s'agit d'une tumeur temporale gauche, dans laquelle les manifestations polyhallucinatoires revêtent par leur association un intérêt d'autant plus grand que les symptômes aphasiques manquent dans ce cas (11) :

K..., 38 ans, présente à partir de septembre 1944 des phénomènes à type d'absences ou d'équivalents comitiaux se produisant deux à trois fois par jour. Outre des absences simples, le sujet présente des absences qui sont précédées ou s'accompagnent de phénomènes divers de type hallucinatoire dont il garde un souvenir assez flou, et qui parfois sont révélés par les paroles qu'il prononce à ce moment.

Il existe en premier lieu des *hallucinations auditives*, qui ont marqué le début des troubles. Elles se sont produites d'abord sans être accompagnées de troubles marqués de la conscience, et revêtaient plutôt le caractère des illusions. Le malade avait soudain l'impression que les personnes qui l'entouraient « chantaient les paroles au lieu de les parler », en même temps qu'il lui semblait « qu'elles se foutaient de lui ». Il fit part de ses impressions à des camarades qui le rassurèrent. Puis, à plusieurs reprises, surviennent de véritables hallucinations ; l'entourage signale qu'il lui arrive de demander brusquement pourquoi l'on a prononcé tel mot ou fait telle déclaration alors qu'il n'en est rien.

On observe, à côté des manifestations précédentes, des *hallucinations du schéma corporel :* la moitié droite du corps devient soudainement plus grosse et plus chaude, elle double à peu près de volume, selon le malade. Cette sensation est assez particulière pour qu'il en parle spontanément ; elle précède généralement l'absence, ce qui explique le souvenir assez net qu'il en conserve. Par la suite, ces troubles disparaissent, mais le sujet éprouve par crise une impression d'engourdissement du côté droit du corps.

Il existe également des *hallucinations gustatives*, à caractère désagréable, sur lesquelles nous reviendrons plus loin ; ainsi que des *hallucinations visuelles élémentaires :* lumières vivement colorées perçues pendant de courts instants.

L'intervention neurochirurgicale montra une masse tumorale située au niveau de la partie antérieure du lobe temporal, obligeant à pratiquer une lobectomie du tiers antérieur de ce lobe.

***

Des *hallucinations gustatives* sont aussi présentes dans l'observation précédente : par moments, ce sujet éprouvait brusque-

(11) David (M.), Coulonjou (R.) et Hécaen (H.). — *Op. cit.*

ment dans la bouche l'impression d'un goût désagréable : goût de pourriture, goût d'alun, goût de cuivre sont les termes qu'il employait, entre les crises, pour le décrire. Pendant ses équivalents, ce même malade parlait souvent d'un goût de « bleu ». Cette observation est la seule (parmi les 14 du groupe des hallucinations complexes à caractère esthésique) qui s'accompagne d'hallucinations du goût. Remarquons d'ailleurs que nous n'avons, par ailleurs, retrouvé en dehors de ce groupe aucune autre observation d'association avec les hallucinations gustatives.

On sait les discussions sur la représentation corticale du goût, hippocampique ou pariétale basse, cette dernière localisation étant de plus en plus admise. Dans notre observation, il s'agit de tumeur temporale et, par conséquent, étant donné sa proximité avec la zone rolandique inférieure, l'atteinte de l'une ou de l'autre de ces régions peut être rendue responsable de l'hallucination. On rappellera à ce propos que l'association d'hallucinations auditives, gustatives et des mouvements de mastication constitue la triade de Bornstein, révélatrice, pour cet auteur, d'une lésion située à cheval sur la scissure de Sylvius.

Citons aussi l'observation de Forster (12) (kyste de la fosse sylvienne gauche), d'une fillette de 9 ans présentant des crises d'épilepsie débutant habituellement par une hallucination gustative (goût métallique) ; en même temps, elle entend des voix, qu'elle localise à droite : on l'appelle par son nom, on lui crie des injures. Au cours de l'intervention neurochirurgicale, l'excitation électrique de la partie inférieure de la pariétale ascendante provoque immédiatement l'apparition du goût métallique, suivi de mouvements de léchage et de mastication ; lorsque les électrodes atteignent la région immédiatement adjacente de la première circonvolution temporale, la malade entend des bruits et des voix identiques à ceux entendus lors des auras.

*
**

L'association de l'hallucination auditive avec des phénomènes paroxystiques à type vestibulaire, vertiges, sensations vertigineuses, impressions giratoires, etc..., se rencontre dans quatre cas de ce groupe :

(12) Forster. — Cit. par de Morsier, *loc. cit.*

Obs. n° 8. — L... Paul, 10 ans. Présente depuis l'âge de 2 ans des crises épileptiques avec auras visuelles et auditives congruentes. D'autres auras sont constituées par des impressions paroxystiques de vertige, au cours desquelles le sujet a l'impression que les objets extérieurs sont animés d'un mouvement de rotation. Ces auras alternent avec les phénomènes visuels et auditifs, mais ne coexistent jamais avec eux.

Obs. n° 1. — G... Andrée, 23 ans. Chez cette malade, dont nous avons précédemment exposé le caractère particulier des hallucinations verbales, ces dernières s'accompagnent d'une impression de rotation autour d'un axe longitudinal. L'ensemble de ces phénomènes apparaît surtout à la période post-critique de manifestations convulsives, et s'accompagne de phénomènes végétatifs importants, de faim et de soif post-critiques.

Obs. n° 24. — P... Bernardin, 64 ans. Chez ce malade, atteint d'épilepsie post-traumatique consécutive à une blessure de guerre de la région pariéto-temporale gauche, les manifestations hallucinatoires surviennent à titre d'équivalents des crises. Trois types de manifestations peuvent s'associer lors de ces épisodes : des hallucinations visuelles et auditivo-verbales complémentaires et congruentes, des épisodes vertigineux paroxystiques au cours desquels le sujet a l'impression que les objets tournent autour de lui.

Il est remarquable de constater que, dans l'observation précédente, tout comme dans l'observation n° 8 antérieurement citée, les phénomènes vertigineux sont associés à des hallucinations visuo-auditives cohérentes. La même remarque peut être faite à propos de l'observation suivante, où l'on retrouve, parmi les manifestations pré-critiques d'une comitialité, l'hallucination visuo-auditive cohérente ; mais les phénomènes d'accompagnement prennent ici un caractère plus complexe que dans les cas précédents ; il s'agit de manifestations à type d'automatose :

M... Geneviève (obs. n° 14), 23 ans, vient consulter en 1942 pour des crises comitiales. Elle aurait présenté à plusieurs reprises de courtes absences entre 12 et 14 ans. A 14 ans apparaît la première crise généralisée, avec perte de connaissance, convulsions, miction. La crise est précédée d'une déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la droite, et par des hallucinations visuo-auditives cohérentes. Pendant quelques mois, la malade a présenté en outre de nombreux équivalents à type d'étourdissements. A partir de 1945, la fréquence et le caractère des crises se modifient : on note d'abord l'apparition d'une contracture douloureuse du membre supérieur droit, prédomi-

nant à l'avant-bras, durant dix minutes environ. La crise ne suit pas obligatoirement cette crispation, mais, dans les cas où elle survient, apparaissent des mouvements cloniques de l'hémiface droite et une déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la droite. En même temps apparaissent des hallucinations visuelles dans l'hémichamp droit, accompagnées de phénomènes auditifs : « Pendant quelques secondes, je vois des amies, presque toujours les mêmes, qui s'évanouissent avant moi et qui crient : " Geneviève, tu vas t'évanouir... Geneviève, tu vas t'évanouir... " Ces voix semblent venir du côté droit. Et à ce moment-là je m'évanouis et suis incapable de crier pour prévenir. Les personnages viennent en arrière du côté droit ; ils avancent et reculent jusqu'à ce qu'ils deviennent minuscules ; ils ne sont pas en relief, mais comme des images plutôt en couleur, je ne peux pas dire s'ils sont réels. » La perte de connaissance se produit alors, au maximum de la déviation, en même temps qu'apparaissent des mouvements complexes de giration, de torsion : rotation du tronc, le membre inférieur gauche surcroise le droit, et une rotation totale vers la droite selon l'axe longitudinal s'accomplit à plusieurs reprises; en même temps que cet enroulement, elle décrit un mouvement de rotation sur le plan du lit, autour d'un axe vertical passant par le siège. Les deux types de mouvement (gyration et rotation) se combinent de sorte qu'à la fin de chaque enroulement autour de l'axe longitudinal la malade occupe une position d'un diamètre différent dans la circonférence décrite par la gyration autour de l'axe fessier.

L'irrigation de l'oreille gauche par 30 cm^3 d'eau froide provoque immédiatement une cessation des mouvements de torsion.

Les examens complémentaires (électroencéphalographie, encéphalographie gazeuse) n'ayant pas donné de précision sur la localisation lésionnelle, une intervention neurochirurgicale eut lieu le 18 octobre 1945, montrant l'existence d'une zone d'aspect inflammatoire de la lepto-méninge, d'aspect ovalaire, située à cheval sur le sillon interpariétal gauche, dont l'ablation fut aussitôt pratiquée.

Parmi les quatre observations précédentes, la localisation lésionnelle ne peut être précisée du point de vue anatomique que pour les deux dernières. Or, dans ces deux observations, il s'agit de lésions pariéto-temporales gauches typiques : la première d'origine traumatique, la seconde correspondant à un processus méningo-cortical d'allure inflammatoire.

La fréquence de l'association de troubles auditifs et vestibulaires a été diversement appréciée au cours des atteintes temporales : c'est ainsi que Greiner et Rohmer (13), reprenant l'opinion

(13) Greiner et Rohmer. — Le lobe temporal. Séméiologie cochléo-vestibulaire. Rapport au Congrès d'O.N.O., 1950. *Rev. d'O.N.O.*, 1950, 22, 243-272.

de Barré, estiment que troubles cochléaires et vestibulaires méritent d'être nettement séparés, « car ils ne se présentent pas à l'état de combinaison ou de complexe ». Paillas et Subirana (14), par contre, ont observé à plusieurs reprises l'existence de phénomènes vertigineux précédés ou accompagnés d'acouphènes, et, pour eux, « tout fait supposer que la décharge du champ 22 de Brodmann est à l'origine de ces sensations, étant donné la proximité des représentations cochléaires et vestibulaires ». L'étude de nos cas montre que ces phénomènes ne sont pas exceptionnels.

En ce qui concerne notre quatrième observation (n° 14), des problèmes plus complexes sont posés par le syndrome « d'automatose » qui y apparaît. Si Van Bogaert conclut avec prudence qu'il s'agit là d'un phénomène de désinhibition pouvant apparaître à des niveaux variables (bien qu'il admette la très grande fréquence dans de tels cas de lésions pariéto-temporales), pour beaucoup d'auteurs l'origine ne peut être trouvée que dans une lésion de la région pariéto-temporale. Le cas Romain W..., de de Morsier et Broccard (15), présente une remarquable similitude avec l'observation de notre malade, Geneviève M... ; dans les deux cas, existent au cours des crises des mouvements forcés complexes à type de l'automatose de Zingerle, des troubles vestibulaires, des hallucinations visuelles complexes ; le malade de ces auteurs présente en outre, en même temps, tout comme notre sujet, des hallucinations auditives (sons de cloches, bruit de musique, audition de son nom) ; l'intervention neuro-chirurgicale montra ici une arachnoïdite de la région pariétale gauche, dont l'ablation entraîna la disparition des crises.

*
**

L'association des phénomènes à type d'hallucinations auditives et d'hallucinations visuelles pose d'assez nombreux problèmes : parmi les 14 cas du groupe que nous envisageons actuellement, il y a eu cinq fois association d'hallucinations visuelles. L'étude de nos cinq observations fait apparaître que cette association peut se présenter sous deux aspects différents : dans un premier cas, hallucinations auditives et visuelles coexistent sim-

(14) Paillas et Subirana. — Le lobe temporal. Séméiologie neuro-psychique. *Rev. d'O.N.O.*, 1950, *22*, 122-218.

(15) Morsier (G. de) et Broccard (R.). — *Schweiz. Arch. f. Neur. und Psych.*, 1937, *40*, 164-172 et 362-371.

plement ; dans le second, elles apparaissent complémentaires les unes aux autres, elles sont congruentes et cohérentes.

Nous envisagerons successivement ces deux sous-groupes :

a) *Coexistence des hallucinations auditives et visuelles.*

Nous trouvons dans deux cas (obs. n°s 7 et 32) la coexistence de ces deux modalités d'hallucinations. Dans les deux cas, les hallucinations visuelles sont de type élémentaire :

Dans l'observation n° 7 (C... Raymonde, 34 ans), il s'agit d'une épilepsie post-traumatique. Avant les crises, en même temps que la malade éprouve une sensation de striction précordiale, elle entend des phrases : en principe, dit-elle, une phrase en latin, mais aussi « comme des personnes qui parlent ». Le caractère esthésique semble assez peu marqué, et la malade éprouve de grandes difficultés à s'exprimer à ce sujet. Elle a également l'impression que sa pensée est répétée : « Ce que je pense, elles le disent. » A ce moment, beaucoup d'idées passent dans sa tête, « comme un rouleau qui se déroule ». En même temps apparaît un zig-zag clair, sans couleur, qui remue sans arrêt et se localise dans l'hémichamp droit. La crise convulsive survient à ce moment.

Cette observation nécessite quelques remarques : il s'agit ici d'hallucinations visuelles élémentaires, de phosphènes animées d'un mouvement de zigzag, apparaissant strictement dans un hémichamp visuel. Dans une étude précédente consacrée aux hallucinations visuelles, l'un de nous (16) avait souligné que cet aspect clinique, s'il correspondait plus fréquemment à des lésions occipitales, semblait traduire une atteinte des voies optiques et pouvait aussi se rencontrer lors d'atteintes temporales. Ici, l'encéphalographie gazeuse montra l'existence d'une atrophie du lobe occipital droit qui fut ultérieurement confirmée par un examen nécropsique. Peut-on admettre qu'il y ait eu dans ce cas, au cours du dysfonctionnement paroxystique des auras, une implication du lobe temporal voisin ? De toute façon, il importe de souligner que le caractère même des hallucinations auditives dans cette observation ne permet pas de la rattacher pleinement à notre groupe.

La deuxième observation (obs. n° 32) est plus caractéristique :

(16) Hécaen et Badaracco (G.). — Hallucinations visuelles en clinique neurologique. *Acta Neurol. Latino-Amer.*, 1956, 2, 23-57.

nous en avons déjà rapporté précédemment, à propos des troubles du schéma corporel, les traits essentiels. Rappelons que l'histoire clinique est celle de l'apparition, chez un sujet de 38 ans, d'équivalents comitiaux de types hallucinatoires divers : illusions, puis hallucinations auditives véritables, hallucinations gustatives, hallucinations du schéma corporel. En outre, pendant de courts instants, peuvent survenir au cours des équivalents des visions de lumières colorées, bleues surtout. L'intervention neuro-chirurgicale révéla la présence d'une tumeur gliomateuse située à la partie antérieure du lobe temporal.

Dans ce cas, comme dans le précédent, les hallucinations visuelles ont présenté un caractère élémentaire. Les remarques faites précédemment au sujet de l'origine lésionnelle de ce type d'hallucinations peuvent être évoquées de nouveau ici : l'atteinte des voies optiques au niveau du lobe temporal peut donner naissance à cette modalité d'hallucinations visuelles ; les expériences de stimulation du lobe temporal, pratiquées par Penfield et Rasmussen (17), montrent à plusieurs reprises la production d'hallucinations visuelles élémentaires, soit par stimulation superficielle du lobe avec des courants de forte intensité, soit par stimulation en profondeur. Or, dans ce cas, il s'agit d'une tumeur du tiers antérieur du lobe, s'étendant en éventail, en profondeur, vers la face interne qu'elle atteint presque. Remarquons que, contrairement à l'observation n° 7, les caractères esthésiques des hallucinations auditives sont ici nettement plus marqués.

b) *Hallucinations auditives et visuelles complémentaires ou cohérentes.*

Ce deuxième sous-groupe, qui comporte nos trois autres observations, apparaît remarquable par l'unité des divers cas qu'il comporte.

Dans les trois cas, les manifestations pathologiques apparaissent au cours d'équivalents ou d'auras épileptiques. Il s'agit d'hallucinations visuelles figurées complexes (vision de personnages humains) et les phénomènes auditifs sont eux aussi complexes (hallucinations auditivo-verbales) ; ces deux types d'hallucinations ne surviennent pas isolément ou alternativement, mais toujours de façon véritablement *complémentaire :* ce sont les personnages des hallucinations visuelles qui parlent.

(17) Penfield (W.) et Rasmussen (Th.). — *The cerebral cortex of man.* 1 vol., 248 p., Mac Millan, édit., New-York, 1950.

Cet aspect particulier réalisant une véritable « intégration » des phénomènes hallucinatoires se retrouve dans les trois observations suivantes, dont nous reprendrons ensuite l'analyse afin d'en dégager le parallélisme et les facteurs communs :

Obs. n° 8. — L... Paul, 10 ans. Epilepsie remontant à la première enfance ; l'enfant présente depuis sa naissance un important angiome de la face, occupant le territoire de la branche supérieure du V gauche. Apparition des premières crises comitiales à l'âge de 14 mois ; à cette époque, le seul phénomène pré-paroxystique est constitué par des crises céphalalgiques frontales gauches sus-orbitaires, correspondant au territoire de l'angiomatose cutanée. A l'âge de 9 ans, le malade est adressé pour examen à l'un de nous à l'hôpital Paul-Brousse. Il lui arrive alors, depuis plusieurs mois, d'avoir des auras ou des équivalents au cours desquels il perçoit un personnage, toujours le même, « un monsieur, au pied de son lit, toujours sur la gauche », qu'il voit très nettement et en couleurs. Ce personnage reste immobile ou bien remue parfois lorsqu'il lui parle. Il lui arrive en effet de lui donner des ordres : « Arrête-toi de respirer » ; puis il lui dit parfois des choses que l'enfant n'arrive pas à comprendre. Si l'enfant ferme les yeux, la vision disparaît mais il l'entend toujours lui parler. Le malade dit qu'il n'a point peur, bien que sur le moment il n'ait jamais mis en doute la réalité du personnage. Signalons enfin qu'au cours d'autres équivalents ce malade a présenté des manifestations vestibulaires avec impression de rotation des objets autour de lui.

L'examen neurologique intercritique n'apporta pas de renseignements complémentaires, non plus que l'angiographie cérébrale. L'électroencéphalographie montra l'existence d'un foyer occipital net.

Dans ce cas, les hallucinations visuelles figurées complexes à caractère esthésique, leur latéralisation, ainsi que l'examen électroencéphalographique plaident en faveur de l'existence d'une atteinte occipitale. L'association de phénomènes auditifs complexes avec hallucinations verbales pose plusieurs problèmes : tout d'abord, celui de la valeur et de la signification réelle de ces phénomènes. On sait la difficulté à laquelle on se heurte dans l'appréciation de telles manifestations chez l'enfant, chez lequel ce chapitre de la psychopathologie a été peu étudié. Mais l'analyse clinique nous a montré qu'ici il ne s'agissait nullement de phénomènes hypnagogiques fréquents à cet âge ; par ailleurs, ce cas ne présente nullement les caractères, sur lesquels nous insistons par la suite, des remémorisations hallucinatoires, non plus que des hallucinations à structure onirique. Quant au problème de la localisation lésionnelle, il se présente ici avec les

mêmes données que dans l'observation n° 7 que nous avons précédemment rapportée ; si les caractères des hallucinations visuelles, ainsi que les résultats de l'électroencéphalogramme, montrent l'existence d'une atteinte occipitale, la participation, au moins fonctionnelle, des zones préoccipitales et spécialement temporales, peut être évoquée d'après l'existence de phénomènes d'ordre aphasique, ainsi que sur la présence d'équivalents à sémiologie vestibulaire.

Dans une seconde observation (obs. n° 14, M... Geneviève, déjà exposée), on relève l'association de phénomènes vertigineux antérieurement décrits, l'étroite liaison entre phénomènes auditifs et visuels ; ce sont les personnages de l'hallucination visuelle qui parlent ; la signification du contenu même de la phrase hallucinée n'a pas besoin d'être de nouveau soulignée. L'esthésie hallucinatoire auditive n'est pas plus précisée que dans l'observation n° 8. Ici, à aucun moment, la malade n'est « impliquée » lors du déroulement des troubles.

Obs. n° 24. — Bernardin P..., 64 ans, présente, à la suite d'une blessure crânienne par balle, des crises convulsives, ainsi que des équivalents ; ces derniers, qui ne sont jamais suivis de crises, consistent en phénomènes visuels et auditifs complémentaires : vision de personnages qui se battent ; il les entend parler : « Ils s'en veulent, ils s'attrapent. Ça ne dure qu'un instant. Les couleurs sont comme dans la vie courante ; des fois je les vois avec relief, des fois sans... Je leur cause, je leur dis de ne pas faire ça. Je veux les séparer... » Noter que le malade est impliqué au moment de ses équivalents : « On m'a dit alors que je bouge... », et qu'il existe également, par ailleurs, chez lui, des phénomènes vestibulaires avec sensation vertigineuse et impression de rotation des objets autour de lui ; ces derniers phénomènes précèdent habituellement une crise convulsive.

Ces trois observations sont donc assez remarquables par leur parallélisme ; dans les trois cas, l'aspect complémentaire, cohérent, congruent des manifestations auditives et visuelles, doit être souligné. Les deux types d'hallucinations ont un caractère également complexe (personnages humains, hallucinations auditivo-verbales) ; les caractères esthésiques en sont assez peu définis, surtout en ce qui concerne la part auditive dont l'esthésie n'est jamais précisée par nos malades. Les trois sujets présentent en outre des phénomènes vertigineux, associés aux autres manifestations dans un seul cas (obs. n° 14), survenant en crises séparées ou au cours d'autres équivalents dans les deux

autres observations. Enfin, il faut noter l'existence d'une croyance immédiate, pendant la survenue des phénomènes, chez deux de ces trois malades (obs. n° 8 et n° 24) ; on voit à ce propos que ce problème n'est nullement lié à celui de la qualité esthésique.

Notons que la troisième observation (obs. n° 24) présente certains aspects particuliers qui peuvent la rapprocher des phénomènes de « recollection » : à plusieurs reprises, à la place des personnages hallucinés, l'équivalent visuel consiste dans la vision de paysages déjà vus. Cependant, les hallucinations auditivo-visuelles complémentaires ne se déroulent pas au cours d'un phénomène de remémorisation ; elles ne sont pas prises dans l'ensemble de modifications, dans les perturbations de la conscience, dans le vécu global d'étrangeté qui caractérisent les remémorisations hallucinatoires ; la comparaison avec l'observation n° 9, que nous présentons ci-dessous, montre la différence de ces phénomènes.

*
**

Nous citerons, pour terminer, l'observation suivante que nous n'avons pu classer, et dans laquelle certaines crises comitiales ont été suivies d'hallucinations auditives complémentaires, pourrait-on dire, des hallucinations visuelles.

Obs. n° 4. — R... Monique, 16 ans, présente depuis l'âge de 10 ans des équivalents avec brusque modification de la conscience, au cours desquels elle prononce des mots non déformés, mais dépourvus de signification apparente : « Il ne le fera pas. » L'équivalent s'accompagne de quelques mouvements automatiques des mains ; une fois, elle a continué à descendre un escalier. A plusieurs reprises, la perte de conscience a été précédée d'une rotation forcée de la tête et des yeux vers la droite.

Après un équivalent, elle « a vu la tête d'une poupée qui était réellement là devenir la tête d'un nouveau-né qui a dit « oui ». « C'était bien vivant, ajoute-t-elle, et j'y ai cru. J'ai entendu comme des paroles vraies. » Après un autre équivalent, « j'ai cru qu'on m'avait parlé, qu'on m'avait dit : " Eva ". » Elle demande ensuite aux personnes qui l'entouraient si on l'avait appelée par ce nom, et on lui répond négativement.

L'examen neurologique montre seulement une hyperextensibilité droite. A l'électroencéphalogramme on obtient une fois des bouffées de pointes-ondes bilatérales synchrones, s'accompagnant d'une absence clinique, lorsqu'on pratique l'hyperpnée alors que la malade est à jeun.

Cette observation est particulière par la survenue élective des hallucinations en tant que phénomènes post-critiques ; elles entraînent, malgré leur caractère d'invraisemblance, une croyance absolue. La présence d'automatismes verbaux et psycho-moteurs, la déviation précritique de la tête et des yeux, les constatations électroencéphalographiques contribuent à l'individualisation de ce cas.

2° Les hallucinations auditives au cours des remémorisations hallucinatoires et des états de rêve

Les différentes manifestations que nous envisagerons maintenant sont habituellement caractérisées par des modifications particulières de l'état de conscience, que celles-ci accompagnent l'impression de déjà vécu, de déjà vu ou entendu (ou l'impression inverse du jamais éprouvé), ou qu'elles fassent partie de l'envahissement du sujet par un sentiment indicible d'étrangeté ou d'irréalité.

En fait, remémorisations hallucinatoires et états de rêve ne peuvent, en dépit de leurs points communs, être assimilés les uns aux autres ; il s'agit de deux manifestations de type différent, mais dont les mécanismes paraissent très proches. Il convient d'abord de souligner ici la rareté de ces manifestations s'accompagnant d'hallucinations auditives. Sur l'ensemble de nos 33 cas, il n'existe que deux accidents à type de remémorisation avec hallucinations auditives complexes (obs. n°s 9 et 30) et un état de rêve accompagné d'hallucinations élémentaires (obs. n° 12, présentée au chapitre sur les hallucinations élémentaires) ; signalons que, dans une étude antérieure sur les hallucinations visuelles en clinique neurologique (18), les états de rêve et les « recollections » comprenaient 15 cas sur 105 observations.

a) *Les remémorisations hallucinatoires.*

L'élément dominant au cours de ces manifestations est la sensation du revécu, de la répétition dans la totalité de ses caractères d'une scène ou d'une situation déjà éprouvée ou déjà connue. Comme dans le phénomène décrit par Penfield sous le

(18) Hécaen (H.) et Badaracco (G.). — *Loc. cit.*

terme de « recollection », le sujet y est d'emblée et soudainement saisi de la conscience d'une expérience antérieurement éprouvée — l'accident présent comportant à la fois le caractère du souvenir et les attributs d'un vécu actuel ; c'est la coexistence de ces deux données temporelles divergentes, la reviviscence et la « présentification » soudaine d'une expérience reconnue en même temps comme déjà vécue et éprouvée qui constitue l'élément central du trouble.

Ce phénomène de « recollection » est présent dans deux de nos observations (n°s 9 et 30).

Obs. n° 9. — G... Jean, âgé de 18 ans, présente depuis trois ans, lorsqu'il est examiné, des crises comitiales précédées d'une aura auditive et visuelle : brutalement, il voit « des lumières passant de gauche à droite comme les couleurs de l'arc-en-ciel... En arrivant dans la vision centrale, alors je vois des souvenirs, j'entends parler les personnes que je revois. C'est à peu près toujours les mêmes personnages que quand j'avais à peu près 5 ans... Je me revois petit en train d'aller chez une marchande de légumes lui dire bonjour ; elle me répond et me donne une banane exactement comme quand j'avais 5 ans. Je vois bien que ce n'est pas réel... Si j'essaie de penser à autre chose, parfois je peux les arrêter. C'est en couleurs et les souvenirs, comme les lumières, ils vont de gauche à droite. Si j'essaie de penser à une autre scène, c'est cette scène qui revient. » D'emblée, le malade a l'impression d'avoir déjà vécu cette scène. Il en précise la richesse du vécu, les caractères d'esthésie : « Couleurs, voix, relief, existent. » La scène se reproduit identique au cours de diverses auras. Les examens électroencéphalographiques montrent un foyer d'irritation corticale, très actif, au niveau de la région occipito-temporale gauche. La stimulation lumineuse reproduit les impressions éprouvées par le malade avant ses crises.

Cette observation apparaît typique par la netteté et les détails de la scène, qui est revécue dans la totalité de ses caractères antérieurs. Les traits esthésiques en sont marqués avec une assez grande netteté, mais nous notons une différence sensible entre l'importance de l'esthésie visuelle et le caractère moins richement précisé de l'esthésie auditive. En fait, la scène y apparaît revécue essentiellement sur le plan du spectacle visuel, dont la « sonorisation » n'apparaît que comme un élément complémentaire. Ce qui est perçu auditivement, c'est la présence de la voix, non pas des paroles. Par contre, dans le récit du malade, des références fréquentes se rapportent à tous les éléments visuels : lumière, couleurs, relief.

Il est intéressant de comparer ce cas qui comporte, à l'analyse stricte, des éléments hallucinatoires auditifs et visuels, avec ceux d'hallucinations auditives et visuelles associées dont nous avons traité antérieurement. L'observation précédente comporte, certes, la même association, et, qui plus est, il y existe entre les phénomènes visuels et auditifs un lien de complémentarité et de congruence. Ce qui caractérise ici les hallucinations, surtout auditives, c'est leur absence de valeur en tant que phénomène isolé et donné pour tel ; elles n'existent dans leur complexité et leur précision même que comme éléments d'un phénomène global, toujours éprouvé dans une totalité indissoluble au cours de la remémorisation.

La constance et la stéréotypie de la scène revécue par le malade au cours des auras successives constituent aussi un élément fréquent de ce type de manifestations. Quant aux modifications affectives, elles dépendent ici non de l'hallucination elle-même, mais de la situation et de l'éprouvé créé par la remémorisation ; malaise, inquiétude, angoisse, ne semblent pas y provenir uniquement, comme dans l'état de rêve, d'un bouleversement fondamental de la conscience, mais aussi de modifications secondaires dues au sentiment d'étrangeté que provoquent la coexistence et la confrontation du vécu avec le « déjà vécu ».

Des traits communs se retrouvent dans la seconde observation :

Obs. n° 30. — M... Michelle, 21 ans, présente depuis l'âge de 14 ans des crises comitiales ainsi que des équivalents. Ceux-ci débutent par une sensation de gêne épigastrique, accompagnée d'une impression nauséeuse. En même temps, « impression que j'entends ou que je me souviens d'entendre parler. C'est la voix de mes parents, je la reconnais mais je ne peux saisir ce qu'ils me disent... Je suis, comme dans un rêve, obnubilée par ces voix que j'entends et que j'essaie de définir ; j'ai l'impression d'être repliée sur moi-même, je continue à voir le monde extérieur, mais je ne le réalise pas... » Jamais la malade n'a accordé croyance aux voix : « Je sais que c'est en moi... J'ai l'impression de me souvenir de mots qui m'ont été dits sans pouvoir préciser. Au début, j'avais l'impression de choses déjà entendues... »

L'intérêt de cette observation, malgré sa richesse moins grande que la précédente, vient de ce que les phénomènes auditifs y sont les seules manifestations hallucinatoires. Ce « déjà vécu » est donc essentiellement, selon l'expression de la malade elle-même, un « déjà entendu ». Cette restriction à la sphère audi-

tive ne modifie pas d'ailleurs sensiblement nos remarques précédentes. Ici, à la précision relative de l'esthésie (qui paraît bien davantage perçue comme une donnée immédiate que comme la résultante de caractères analytiques précis), s'oppose l'absence de contenu et de signification de l'hallucination elle-même ; cette dernière ne prend valeur que comme élément central de la situation revécue, indissociable de celle-ci.

L'absence de croyance, plus encore que dans l'observation précédente, mérite d'être soulignée au regard des caractères du phénomène hallucinatoire. Par contre, la composante d'étrangeté, d'imprécision, de bizarrerie qu'exprime le récit tend à rapprocher également ce cas des « dreamy states » dans lesquels ces éléments apparaissent comme les déterminants essentiels du vécu hallucinatoire. Le sentiment de « vivre un rêve », l'aspect oscillant de l'esthésie, les caractères mêmes du phénomène auditif à mi-chemin entre l'hallucination et le vécu irréel, montrent à travers cette observation l'existence de formes de passage entre les états typiques de « recollection » et les « états de rêve ».

b) *Les états de rêve.*

Une seule observation sur l'ensemble de notre matériel clinique s'accompagne d'un état de rêve typique. Nous avons déjà présenté ce cas (obs. n° 12) à propos des hallucinations élémentaires. Ce qui y apparaît particulier, et que nous voudrions souligner, est le fait que, dans cette observation, contrairement aux deux précédentes, les hallucinations auditives apparaissent *associées* à l'état de rêve, mais non pas intégrées à l'ensemble du phénomène. Elles ne sont d'ailleurs présentées qu'au passage, comme un épiphénomène, par le sujet dont l'expérience fondamentale se résume à l'irruption et à l'invasion du sentiment d'étrangeté et aux modifications de la conscience qui l'accompagnent.

Nous n'insisterons pas sur le point de vue de la localisation, étant donné les données apportées par Penfield d'après les résultats des stimulations du lobe temporal, données qui ont permis de préciser caractères et siège lésionnel du dreamy state et des recollections. Nos deux seules observations valables sous cet angle (obs. n° 9 et n° 12) concordent d'ailleurs avec ses conclusions (données électroencéphalographiques, hémianopsie gauche dans l'un ; angiome artériographiquement vérifié dans l'autre).

Hallucinations complexes esthésiques et remémorisations.

Parvenus à ce point de notre étude, il nous semble donc possible, comme nous l'avons fait pour les hallucinations visuelles avec Garcia Badaracco, d'isoler deux variétés d'hallucinations auditives, les unes complexes très esthésiques et avec croyance plus ou moins certaine, dépendant principalement du degré de congruence du phantasme avec l'ambiance ; les autres essentiellement faites d'un fragment de souvenir reconnu comme tel et donc, par définition, n'entraînant pas une croyance à leur réalité actuelle. Mais alors que, pour les hallucinations visuelles, une distinction de l'origine lésionnelle pouvait être tentée, soit sur les documents anatomiques, soit sur les associations cliniques, ici le fait que les zones de projection auditives siègent au niveau du lobe temporal rend très aléatoire tout essai de ce genre.

Pour Penfield, les réponses du cortex auditif consistent uniquement en bruits élémentaires, simples sensations auditives, tandis que les hallucinations auditives, soit musicales, soit verbales, sont considérées comme réponses psychiques, expérientielle ou interprétative. Deux faits nous paraissent cependant pouvoir laisser un doute sur la légitimité de cette thèse. En effet, à considérer dans le livre de Penfield le schéma représentant les points de stimulation correspondant à la production de sensations auditives et celui des points marquant la production d'illusions auditives, on ne constate pas de localisations bien différentes. En second lieu, certaines de ces réponses auditives complexes ne revêtent pas spécialement un caractère de récollection, tandis que l'esthésie et la participation du sujet y sont extrêmes.

Considérons ainsi la remarquable observation de D. F., telle qu'elle est rapportée par Penfield (19) :

Lorsque la stimulation porta sur un point situé sur la face supérieure du lobe temporal droit, après ablation de la moitié antérieure de ce lobe, la malade entendit un air de musique « comme la radio » et put fredonner l'air, que reconnut une des infirmières. Plusieurs jours plus tard, elle déclara au D[r] Penfield : « Je pensais que vous aviez un gramophone ; je pensais que je ne pouvais le voir. Vous en aviez un ou non ? » Il est à noter que le stimulateur électrique qu'elle pouvait apercevoir pendant l'opération ressemblait à un gramophone.

(19) Penfield (W.) et Jasper (H.). — *Epilepsy and the functional anatomy of the human brain*, 1 vol., 896 p., Little, Brown and C[te], édit., Boston, 1954.

Ultérieurement, dans une lettre au chirurgien, elle écrivait : « Je l'ai (l'air) réellement entendu... Il n'y avait pas de voix, mais ce n'était pas seulement un air. Il y avait des instruments ; c'était comme s'il était joué par un orchestre... Ce n'était pas un de mes chants favoris, aussi je ne sais pas pourquoi j'ai entendu cet air... Je ne peux me rappeler où je l'ai entendu... Une chose est certaine, je l'ai entendu dans la salle d'opération. »

On voit que le caractère de souvenir, de revécu, n'est pas éprouvé et que c'est avant tout un caractère de réalité qui prédomine, puisque, par exemple, dans cette observation privilégiée, le thyratron était considéré comme phonographe.

Il y a là, croyons-nous, une différence certaine avec les véritables recollections dont on connaît les parfaits exemples donnés par Penfield, là où prédomine l'élément visuel. Naturellement, nous ne saurions nier que la remémorisation puisse revêtir un caractère auditif. Si plus souvent elle n'est qu'un élément d'un thème visuel prédominant, elle peut parfois aussi être rencontrée à l'état isolé, comme en fait foi, par exemple, le résultat des stimulations chez le malade J. T. de Penfield qui entendait rire ses deux cousines et précisait secondairement qu'il lui avait semblé être avec elles ; ainsi en était-il aussi de l'aura de notre observation n° 30.

L'étude des associations cliniques au cours des auras auditives complexes dans notre série semblerait plutôt en faveur d'une lésion proche des gyri de Heschl. En effet, sur nos 17 observations d'hallucinations auditives complexes, musicales ou verbales, on relève l'association avec des phénomènes auditifs élémentaires (bourdonnements, surdité) dans quatre cas, avec des troubles vestibulaires dans quatre cas et avec des signes aphasiques dans six cas.

Distinguer ces deux types hallucinatoires reste d'ailleurs une tâche à but presque purement sémiologique, car, sur le plan anatomique, on ne peut envisager sur la base de lésions, même non tumorales, de distinguer entre atteinte de la zone d'intégration auditive entourant les gyri de Heschl et atteinte du cortex mnésique ; d'autre part, les stimulations sont susceptibles, particulièrement sur un cerveau d'épileptique, d'entraîner une certaine diffusion de la réponse.

Ce n'est donc que par comparaison avec nos constatations à propos des hallucinations visuelles que nous avons tendance à postuler un siège lésionnel différent pour les hallucinations auditives complexes esthésiques et pour les faits de récollection à

caractère auditif. Les mécanismes pathophysiologiques seraient donc différents ; mais, dans ce domaine, plus fréquemment encore que pour les phénomènes visuels, les deux étiologies pourront intervenir conjointement.

*
**

3° Hallucinations à structure onirique

Soulignons la rareté de ce type d'hallucination, contrairement à ce qui s'observe pour les hallucinations visuelles ; ceci corrobore une notion bien classique pour les hallucinations du domaine psychiatrique. Dans ce groupe, les manifestations hallucinatoires se développent au milieu de modifications de l'état de conscience d'une nature différente des précédentes et dont l'aspect se rapproche des modifications structurales observées dans le rêve. Ces manifestations peuvent d'ailleurs recouvrir des ordres de phénomènes très différents ; les trois cas que nous avons relevés chez nos malades illustrent d'ailleurs des aspects divers de ces troubles :

Dans la première observation, les manifestations hallucinatoires se rapprochent des phénomènes hypnagogiques et hypnopompiques ; il existe par ailleurs une probabilité de cataplexie (obs. n° 27) :

Mlle G... Hélène, 36 ans, a présenté, à la suite d'une intervention rénale, un état d'agitation subaiguë, avec hyperthermie et augmentation du taux de l'urée sanguine, ayant nécessité un bref séjour en milieu psychiatrique au cours duquel cet accès a rapidement rétrocédé par un traitement neuroleptique. Trois mois plus tard, alors que la malade est en convalescence, apparaît la première manifestation : « Je sentais que j'étais incomplètement endormie, comme dans une léthargie. Brusquement, j'ai entendu du côté gauche les voix de mes sœurs. Elles parlaient, mais je ne comprenais pas ce qu'elles me disaient. Je reconnaissais leur voix... Toutes ces voix se mélangeaient... En même temps, des voix d'enfants, que je comprenais, et qui m'appelaient par mon prénom : " Tata Lène, Tata Lène... ". Du côté droit, j'entendais de nombreuses voix inconnues, comme si c'était une foule qui parlait. Je voulais me réveiller, je me forçais, je sentais que tout ça n'était pas normal. Je ne pouvais pas bouger... » Une deuxième crise survient quelques semaines plus tard, au moment du réveil : hallucination musicale (air de flûte, puis d'orchestre) : « Ce

n'était pas du tout un morceau que j'entendais de l'extérieur ; j'avais l'impression que le microsillon était dans ma tête ; la musique sortait du cerveau par mon oreille... » Un électroencéphalogramme pratiqué à l'époque de la première manifestation aurait montré des modifications à type d'épilepsie temporale, ce qui fit mettre la malade à un traitement anti-comitial. De nouveaux enregistrements, pratiqués deux mois plus tard dans le service, ne montrèrent par contre aucune anomalie, ni dans le tracé-standard, ni dans celui pratiqué sous séconal.

Dans le deuxième cas (obs. n° 2), les phénomènes se développent chez une malade présentant une narcolepsie-cataplexie d'origine encéphalitique, ainsi qu'une polydipsie épisodique :

Mme C... Denise, 40 ans, présente depuis l'âge de 18 ans des crises de narcolepsie typique. Parfois, surtout le matin au réveil, apparaissent également des épisodes cataplectiques. Au moment de l'endormissement physiologique, ou à l'occasion de crises de narcolepsie, elle « entend des choses désagréables, qui souvent se sont passées dans la journée, mais qui reviennent en s'amplifiant ». Ce sont des voix dont elle reconnaît l'appartenance. « Sur le moment j'y crois, ça m'impressionne, j'ai peur. C'est toujours amplifié comme un effet désagréable. »

La troisième observation concerne une tumeur de la région méso-diencéphalique (20) :

L... Gabrielle, 58 ans, est hospitalisée en 1951 pour un affaiblissement psychique important. Depuis quelques mois, elle a présenté assez brusquement une somnolence diurne et des manifestations hallucinatoires nocturnes. A ce moment, il lui arrive souvent de dire à son entourage qu'elle entend des voix de voisins, des bruits de gens qui se disputent, qui se battent dans la rue. Elle présente également de fausses reconnaissances ; par ailleurs, sont survenues des modifications thymiques et caractérielles : phases dépressives, périodes d'excitation agressive. Dans les antécédents, il convient de noter l'existence d'une bouffée délirante et hallucinatoire aiguë passagère, survenue trente ans auparavant, ainsi que des troubles fréquents du comportement avec tendances interprétatives et agressives habituelles.

L'état de la malade s'aggrave rapidement, les troubles de la conscience s'accentuent en quelques jours ; dirigée en neurochirurgie en raison de cette évolution et de l'apparition d'une hémiplégie droite,

(20) Ajuriaguerra (J. de), Hécaen (H.) et Sadoun (R.). — Tumeurs de la région méso-diencéphalique. *L'Encéphale*, 1954, 406-478.

la malade meurt quarante-huit heures plus tard. L'artériographie avait montré un soulèvement des deux groupes sylviens ; l'examen anatomopathologique précise l'existence d'une tumeur thalamique gauche, infiltrant la région sous-thalamique et pédonculaire, comblant la partie inférieure et moyenne du III[e] ventricule.

*
**

4° Les hallucinations par lésions périphériques (hallucinations des otopathes)

Nous avons observé cinq cas d'hallucinations auditives survenant chez des sujets porteurs de lésions organiques périphériques des voies de l'audition (21). Nous n'envisagerons ici que schématiquement les caractères d'ensemble de ces observations, suffisamment remarquables et homogènes néanmoins pour mériter d'être individualisés sous le nom de *syndrome hallucinatoire des otopathes.*

Ce type d'hallucinations coexiste avec un syndrome déficitaire sensoriel permanent, pouvant aller jusqu'à la surdité complète. Dans tous les cas, il existe une baisse importante de l'acuité auditive ou une aggravation récente d'un déficit antérieur lorsqu'apparaissent les hallucinations. Celles-ci ont un caractère de permanence et de continuité particulièrement net en ce qui concerne les formes élémentaires, qui constituent habituellement les aspects initiaux du syndrome. L'élément rythmique et surtout la latéralisation des phénomènes élémentaires sont ici, — au contraire de ce que l'on observe dans les atteintes centrales —, à retenir pour leur fréquence. Les hallucinations complexes, musicales ou verbales, n'apparaissent que plus tardivement. Moins constantes que les précédentes, elles sont susceptibles de variations, d'exacerbations ou de disparitions transitoires ; elles revêtent souvent un caractère de vivacité esthésique particulière, dont témoignent la plus grande richesse des descriptions fournies par les malades et la fréquence plus notable des manœuvres de vérification.

Un caractère remarquable dans le groupe des otopathes est celui de la succession dans le temps des hallucinations élémentaires, puis complexes, fonction de l'enrichissement et de

(21) Ces cas seront analysés dans une étude d'ensemble, à paraître prochainement, sur les hallucinations auditives des otopathes.

l' « habillage » progressifs des acouphènes initiales qui semblent se produire à mesure de l'extension du déficit auditif et surtout lorsque la surdité est devenue totale.

Nos observations montrent l'importance que revêtent, dans cette modification et cet enrichissement progressifs, les facteurs personnels, le tempérament, la tonalité de l'humeur, le mode réactionnel à la situation pathologique, et les dispositions affectives propres du sujet.

Un dernier élément à souligner nous paraît être le parallélisme remarquable des caractères distinctifs de ces hallucinations auditives d'origine périphérique et de ceux des hallucinations visuelles des ophtalmopathes, tels qu'ils ont été décrits par l'un de nous avec J. Garcia Badaracco (22).

*
**

Au terme de cette étude que nous avons voulu purement sémiologique par manque de données anatomiques précises d'une part, par impossibilité d'aborder à ce stade les problèmes théoriques des rapports de l'hallucination de l'ouïe « neurologique » et de l'hallucination psychiatrique d'autre part, nous pensons qu'il était cependant nécessaire de tenter d'exposer aussi complètement qu'il était en notre pouvoir les caractères structuraux de ces phénomènes. En raison de difficultés diverses (plus grande rareté, voies centrales et projection corticale de l'audition appartenant au seul lobe temporal, moins grande précision des descriptions des malades dans le domaine auditif que dans le domaine visuel, interférence avec la fonction du langage), cette étude s'est révélée moins fructueuse que celle entreprise pour les hallucinations visuelles avec Garcia Badaracco, et nos classifications ne permettent pas de reconnaître des substrats lésionnels propres à chaque groupe. Toutefois, l'étude sémiologique ainsi conduite nous a permis quelques prudentes conclusions susceptibles de nous guider dans l'examen ultérieur de malades de ce genre, particulièrement si nous pouvions disposer d'examens audiométriques nous fournissant des renseignements comparables à ceux que nous donne la périmétrie quantitative dans le domaine optique.

(22) Hécaen (H.) et Badaracco (J. G.). — Les hallucinations visuelles au cours des ophtalmopathies et des lésions des nerfs et du chiasma optiques. *Evolution psychiatrique*, 1956, *1*, pp. 157-179.

Quoi qu'il en soit, on peut déjà, croyons-nous, retenir la nécessité de distinguer à côté des hallucinations des otopathes, — si comparables, par bien des traits, à l'hallucination des ophtalmopathes —, les hallucinations élémentaires (gyri de Heschl), les hallucinations auditives complexes esthésiques et les recollections auditives, ces deux derniers groupes étant communs aux lésions temporales, mais méritant d'être séparés sur le plan structural, enfin les rares hallucinations à structure onirique dépendant des lésions de la base ou des phénomènes physiologiques du sommeil.

Travail du Centre neurochirurgical
des Hôpitaux psychiatriques de la Seine (P[r] agr. Marcel DAVID)

ETUDE DE L'IMAGE DU MOI AU MOYEN DE QUATRE TESTS PROJECTIFS PRATIQUES SUR UN GROUPE DE SCHIZOPRENES ET UN GROUPE DE DEPRIMES.

PAR

G. HAGUENAUER, E.-R. GLADSTON (1), D. BARE

et M. PICARD (Sotteville-lès-Rouen)

Nous entendons par image du moi le concept que nous avons de nous-même en tant qu'individu. Cette image forme le noyau central de la personnalité (Lewin, Stagner, Gardner, Murphy...). Elle coïncide avec la notion de sujet opposé à l'objet.

Elle ne recouvre pas exactement l'image du moi décrite par Hartmann comme une

« infrastructure de la personnalité définie par ses fonctions. Celles-ci sont très nombreuses :

relation avec la réalité ;

barrière entre les stimuli excessifs venant de l'extérieur et aussi de l'intérieur ;

organisation et contrôle de la motricité et de la perception ;

action et pensée avec prévision de la décharge ».

Ce que nous entendons par image du moi se rapproche de la conception de Federn, pour lequel c'est aussi « une entité concrète en relation avec la continuité de la personne au regard du temps, de l'espace et de la causalité, sensation constamment présente de notre propre personne vivante », dont est fait « le sentiment du moi ». C'est ce sentiment qui s'évanouit dans la dépersonnalisation.

(1) *B. Sc. Ph. D. Dip. Psych.*, London.

L'image du moi nous donne une impression d'identité personnelle. Chez l'adulte, elle est difficilement accessible et peu modifiable par les stimuli externes. Elle peut être considérée comme un élément stabilisant qui, dans des conditions frustrantes, donne une continuité à la personnalité.

Chez le nouveau-né, il n'existe pas de différenciation entre le moi et le non-moi ; l'enfant, comme dit Piaget, est dans un « absolu non différencié ». Lors des premiers mois, il distingue mal entre son corps et les objets externes. Citons l'exemple évoqué par Darwin d'un enfant de cinq mois qui a tenté d'enlever l'un de ses membres pour le donner à quelqu'un. A cet âge, il ne peut pas non plus se reconnaître dans un miroir.

L'image du moi est formée dans l'enfance par la conjonction de deux facteurs :

l'introjection de l'attitude d'autrui (en particulier de l'attitude parentale) à l'égard de l'enfant ;

l'expérience vécue par l'individu lui-même.

Cette image est ensuite projetée sur autrui et colore celle que l'individu a d'autrui.

L'image du moi, lorsqu'elle a évolué de façon satisfaisante, doit être définie, stable, mais aussi réelle, intégrée, substrat de la bonne adaptation au réel.

Par contre, on sait, d'après la clinique, que de nombreux schizophrènes font mal la distinction entre leur corps et le corps d'autrui ; c'est ainsi que certains marchent comme si leurs jambes ne leur appartenaient pas.

Au maximum, dans les syndromes de dépersonnalisation, lorsque le moi est désintégré, le malade se sent vide, sans identité, à la merci des forces extérieures, sans image du moi. Cette disparition de l'image du moi entraîne un comportement inconsistant et inadapté.

C'est Herbert Spencer qui, au XIX^{e} siècle, a introduit la notion d'intégration.

Pour lui, les différents niveaux de développement sont :

1) Activité de l'organisme généralisée, globale, non différenciée.

2) Différenciation des diverses parties de l'organisme, celles-ci se comportant de façon autonome.

3) Intégration fondée sur l'interdépendance des parties.

Lewin, pour sa part, représente la personnalité comme une sphère topologique ayant un noyau central ou ego. Les modifications au cours du développement correspondent à différents stades pathologiques. Nous référant à ces théories, avec l'appoint des théories psychanalytiques, nous choisirons ici quatre types d'un moi inadapté :

le moi déréalisé ou vide ;

le moi désintégré ;

le moi non différencié sexuellement ;

le moi sans contact avec le monde extérieur.

Dans un premier stade, il y a peu de parties différenciées dans la sphère par laquelle Lewin représente la personnalité ; de plus, les limites entre cette sphère et l'ambiance sont floues et imprécises. C'est ce qui répondra dans notre étude au moi déréalisé ou vide.

Dans un deuxième stade, les parties se différencient, mais l'organisation globale reste instable.

Ceci répond ici au moi désintégré et morcelé.

Enfin, il y a une stabilisation des différentes parties de la sphère, de sorte que la personnalité de l'individu intégré soit représentée par une sphère dont un nombre optimum de parties communiquent entre elles, et qui communique elle-même avec l'extérieur. C'est ce dernier point qui est défaillant dans le moi isolé, ayant perdu contact avec le monde extérieur.

On remarque certaines analogies entre les stades de Lewin et les différentes étapes décrites par Freud.

Le premier stade répond au narcissisme primaire, le deuxième stade peut être assimilé à la phase auto-érotique avec investissement libidinal des parties du corps.

Enfin, le dernier stade débuterait à la période anale pour se terminer avec le complexe d'Œdipe comportant un moi avec identification sexuelle adaptée.

Nous avons étudié ces aspects du moi sur un groupe de schizophrènes et un groupe de déprimées. Ces groupes comptent trop peu de malades pour avoir une valeur statistique ; nos conclusions sont donc des hypothèses de travail qui devront être étagées sur des groupes plus importants.

A côté de l'étude clinique, nous avons tenté de dégager la valeur des tests utilisés au point de vue de diagnostic de gravité et du pronostic.

Description des deux groupes de malades choisis et nosographie

Nous avons choisi nos malades dans un Service de femmes d'Hôpital psychiatrique et les avons réparties en deux groupes.

Dans le premier groupe, nous avons retenu 17 syndromes schizophréniques parmi lesquels :

1) Des syndromes hébéphréno-catatoniques avec parasitisme mimique et gestuel stéréotypé, barrages, mutisme ou langage discordant, propos ambivalents exprimant des sentiments d'étrangeté, de dépersonnalisation.

Onze de nos malades présentent ce syndrome caractéristique. Pour six d'entre elles, les troubles évoluent depuis plus de cinq ans. Pour les cinq autres, le début est plus récent.

2) Des syndromes délirants paranoïdes avec thèmes de préjudice et d'influence mal systématisés, phénomènes psycho-sensoriels, activité réduite.

Quatre de nos malades répondent à ce tableau. Pour deux d'entre elles, l'évolution est de plus de cinq ans ; pour les deux autres, le début est plus récent.

Il s'agit là de syndromes rémittents.

Trois de ces malades sur quatre sont actuellement sorties. Seul, un isolement social empêche la sortie de la quatrième.

Enfin, nos deux autres malades présentent des bouffées confuso-oniriques à tonalité discordante. L'une était une psychose puerpérale ayant guéri complètement, l'autre a présenté plusieurs bouffées discordantes sur fond de déséquilibre mental.

Dans le groupe des syndromes dépressifs, nous avons étudié, reprenant ici la classification de Ey :

1) Des syndromes mélancoliques avec comportement auto-agressif, délire d'auto-accusation, sentiment de « dépression vitale », crises séparées d'intervalles apparemment libres, hérédité pathologique, organogénèse.

Seules, trois malades sur treize répondent à ce tableau.

2) Les dix autres sont des syndromes dépressifs névrotiques avec : anomalies du développement affectif, facteurs situationnels, sentiment d'infériorité ou de frustration, manifestations d'angoisse, continuité de la crise avec l'organisation névrotique de la personnalité.

Le groupe de schizophrènes comprend donc 17 malades de

19 à 49 ans, l'âge moyen étant 29 ans. Quant au groupe de déprimées, il est formé de 13 malades qui ont de 24 à 55 ans, l'âge moyen étant 41 ans.

Nous avons tenté d'obtenir une estimation approximative du niveau intellectuel en utilisant l'échelle de performance de Weschler-Bellevue. Notons d'emblée la valeur hypothétique des résultats obtenus, surtout chez les schizophrènes, ceux-ci étant faussés par le manque de coopération des malades parfois, ou par l'insuffisance culturelle.

Les Q.I. de nos schizophrènes s'échelonnent entre 40 et 101, le Q.I. moyen étant 66.9.

Le Q.I. moyen des déprimées est de 89.5, allant de 70 à 114.

Les malades des deux groupes ne sont donc pas homogènes ni par l'âge, ni par le Q.I.

Description des tests projectifs utilisés

Nous avons utilisé les tests suivants :

1) Le Z de Morali, Daninos et Canivet.
2) Le test des relations d'objet de Phillipson.
3) Le dessin de figures humaines.
4) Les mosaïques de Lowenfeld.

1) *Le Z de Morali, Daninos et Canivet.*

C'est le moins structuré des quatre tests employés. Il consiste en trois planches représentant des taches d'encre semblables à celles de Rorschach. La première planche montrée au sujet est achromatique, la seconde bicolore, la troisième polychrome.

Ce test a été choisi de préférence au Rorschach parce qu'il est d'administration plus rapide que ce dernier. Il ne peut certes le remplacer, ni donner une information aussi complète, mais il a pour lui d'avoir été établi avec des normes françaises.

Comme pour le Rorschach, le sujet doit dire ce que chaque tache d'encre représente pour lui.

2) *Le test des relations d'objet de Phillipson.*

Il s'agit d'une série d'images comme le T.A.T. de Murray et devant chacune le sujet doit raconter l'histoire qui lui est suggérée par l'image.

Ce test présente deux avantages sur le T.A.T. : tout d'abord, le contenu des cartes est moins structuré ; ensuite, les cartes ont

été dessinées de telle sorte que le sujet est amené à évoquer son attitude dans diverses situations : seul, dans une relation à deux ou à trois personnes, dans un groupe, enfin doit définir les rapports de l'individu à l'égard d'un groupe.

Le test des relations d'objet ne comporte pas encore de normes complètes et détaillées. Il a été administré par Phillipson à 50 malades de la Tavistock Clinic. 600 histoires sur les 10 cartes ont été ainsi recueillies. 39 de ces sujets étaient âgés de 20 à 30 ans, et, pour 45 d'entre eux, le Q.I. (au Weschler) était supérieur ou au moins égal à 120.

Il ne saurait donc être établi de comparaisons très étroites avec nos malades, pour la plupart touchées beaucoup plus sévèrement et ayant un Q.I. nettement plus bas.

Sur les 10 cartes que comporte normalement ce test, nous en avons prélevé cinq pour nos malades. Nous les décrirons rapidement.

La première carte évoque un individu seul.

Au centre de la planche est représentée, en sombre, une silhouette humaine. Seules, la tête et les épaules sont entourées d'un halo clair. L'ensemble se détache sur des ombres plus pâles, plus estompées. Dans l'angle supérieur gauche de l'image, une grisaille faite de petites lignes suggère souvent une église, un porche d'église, voire une fontaine. Le bas de la planche, à gauche encore, est rempli par une ombre plus dense, parfois vue comme une autre personne, souvent une femme.

La silhouette centrale est masculine pour 90 % des sujets de Phillipson.

La deuxième carte : deux personnes.

Ce sont deux silhouettes face à face et dont les têtes s'inclinent un peu l'une vers l'autre. Elles ne se distinguent guère de l'ombre qui les entoure. Là encore, ce sont la tête et les épaules des personnages qui ressortent le plus.

La troisième carte : trois personnes.

Il y a un groupe de deux et une troisième distincte. Une grisaille assez claire entoure chaque figure. La répartition des ombres est telle que souvent les sujets voient, depuis le haut de la carte à droite jusqu'à l'angle inférieur gauche, en diagonale, une route ou une rivière séparant les deux premières figures de la troisième.

La quatrième carte : un groupe.

Sur cette image, le contenu humain est moins défini. Les sujets qui analysent minutieusement la planche voient cinq ou six per-

sonnages. A gauche, il en est deux ou trois qui peuvent être vus assis ou agenouillés. A droite, trois silhouettes de taille plus réduite sont debout, et paraissent plus éloignées. Des masses d'ombre et de clarté, disposées en diagonale, sont interprétées, suivant les sujets, comme des tombes, de petites collines... La scène est éclairée par une partie lumineuse en haut et à gauche.

La cinquième carte : l'individu et le groupe.

Ce dessin est plus structuré, moins flou que les quatre précédents. Il représente deux « arches » foncées à côté d'une « route » ou d'une « jetée » assez claire qui part de l'angle inférieur gauche et s'élève vers la droite.

Dans les parties claires, sous les arches, il y a des silhouettes humaines. Au-dessous de la première arcade, se trouvent cinq figures humaines aux corps indistincts dans l'ombre environnante ; au-dessous de la seconde arcade, une silhouette isolée, debout. Des ombres se projettent sur la route. Derrière les arches et à droite du dessin, des ombres légères sont quelquefois interprétées comme de l'eau.

En administrant ce test à chaque malade, on l'a informée qu'on allait lui montrer des images et on lui a demandé de nous dire ce que chacune représentait pour elle, ce qui se passait, enfin comment la scène qu'elle voyait se terminait.

3) *Dessin de la figure humaine.*

Nous avons prié chaque malade de dessiner au crayon un homme et une femme sur une feuille blanche de 21/27 cm.

Les dessins ont été interprétés selon des théories de Caligor et Machover.

4) *Le test des mosaïques de Lowenfeld.*

Ce test ne varie pas en fonction du niveau intellectuel ou culturel du sujet et la plupart des sujets peuvent et aiment le faire.

Il s'agit de carrés, losanges, triangles de six couleurs différentes : rouge, blanc, jaune, bleu, vert et noir.

On demande au sujet d'utiliser les formes et les couleurs pour faire ce qu'il veut, en les plaçant sur une feuille de papier blanc.

Résultats obtenus a l'aide de ces quatre tests relatifs au concept du moi

Nous allons tenter d'étudier quatre aspects d'une image mal structurée du moi.

I. — *La déréalisation.*

C'est, selon la définition de Mayer-Gross, « le sentiment de transformation de l'ambiance, de perception incomplète ou d'inexistence du réel qui accompagne le sentiment de dépersonnalisation psychique et somatique et se lie profondément à lui... Il porte essentiellement sur la qualité subjective de la perception du réel ».

Il consiste le plus souvent dans le sentiment d'une séparation, d'un éloignement, d'une perte de la familiarité du milieu ambiant.

Nous emploierons le terme distanciation pour qualifier cet éloignement.

Pour Schilder, la déréalisation est causée par un désinvestissement libidinal du moi et du monde extérieur. C'est une négation sado-masochique de l'image du corps. Le corps peut être déréalisé dans son entier, ou dans certaines de ses parties, ce qui est en relation avec la signification érotique qu'en a le sujet.

Nous allons étudier la déréalisation du contenu humain au travers des quatre tests projectifs déjà cités :

A) Z : On retrouve le contenu humain dans 24 % des réponses des schizophrènes, et 13 % des réponses des déprimées.

Rappelons que la norme, selon Morali, Daninos et Canivet, est de 21.43 % chez les sujets normaux.

Nous pourrions émettre l'hypothèse d'un plus grand intérêt pour le contenu humain chez les schizophrènes, mais il faudrait étayer cette hypothèse sur un plus grand nombre de cas.

Sur les 19 réponses à contenu humain données par les schizophrènes, sept sont distanciées. Elles alternent avec des réponses où la distance est abolie, où le rapproché est si poussé qu'il n'y a pas de distance, « mes bras ».

Dans le groupe des déprimées, on retrouve quatre réponses distanciées sur sept.

Le nombre global des réponses distanciées est donc comparativement plus important chez les déprimées.

La déréalisation est plus poussée chez les schizophrènes. Chez ces dernières, on retrouve en effet des réponses telles que : « des bébés morts », « une tête de mort », « Jésus-Christ ».

Pour une malade, la seule réponse humaine donnée est « deux yeux » vus dans deux espaces blancs.

Dans le groupe des déprimées, la déréalisation est moins accentuée. Ce sont des réponses telles que : « un personnage sans jambes, peut-être une femme », « un guignol », « un Marocain ».

L'étude du Z nous permet de retrouver la déréalisation dans les deux groupes de malades, mais plus poussée chez certaines schizophrènes.

B) Le test des relations d'objet : On retrouve là plusieurs exemples de déréalisation du contenu humain, surtout chez les schizophrènes.

La planche représentant d'ordinaire une personne seule est déréalisée par six schizophrènes et trois déprimées.

Les schizophrènes voient en effet cette planche comme : une radio, une photo, une ombre ou un corps.

Chez les déprimées, on note les réponses de : silhouette, corps.

La planche évoquant la relation à deux est plus souvent déréalisée chez les schizophrènes.

Les réponses données par les schizophrènes sont par exemple : deux Sainte Vierge, les radios d'un homme et d'une femme, les têtes d'un homme et d'une femme. (La malade n'arrive pas à percevoir l'ensemble du corps humain).

Les réponses des déprimées sont moins distanciées : « silhouettes d'un homme et d'une femme ».

La planche évoquant la situation à trois n'est déréalisée que par une schizophrène, qui y voit des radios ou du dessin.

En ce qui concerne la situation de groupe, sept schizophrènes établissent une distanciation et seulement une déprimée.

Les schizophrènes donnent pour ce qui est normalement vu comme une foule des réponses telles que : des radios, des anges en photo, des pierres ou poissons, des images, de la glace fondue.

La seule réponse déréalisée donnée dans le groupe de déprimées est : des ombres.

L'individu face au groupe est déréalisé par trois schizophrènes et une déprimée.

L'étude des contenus humains nous montre donc que la déréalisation se produit beaucoup plus fréquemment chez les schizophrènes que chez les déprimées.

Chez les déprimées, elle n'est très marquée que pour la planche évoquant la situation de groupe. Elle est alors retrouvée dans près de la moitié des cas.

Seule, une malade déréalise l'ensemble des planches. Il s'agit d'une basedowienne présentant une psychose maniaco-dépressive.

Chez les schizophrènes, ce processus est bien plus accentué. Jouant au maximum dans l'évocation de la situation à deux et la situation de groupe, il n'est pas utilisé dans la relation à trois

(on ne le retrouve là que chez une schizophrène présentant un délire paranoïde).

C) Dessins de la figure humaine (fig. n° 1) : On retrouve 13 représentations adultes sur 31 dessins chez les schizophrènes, 20 sur 26 chez les déprimées.

Les figures sont souvent infantilisées et déréalisées.

Dans deux cas, les bras sortent de la tête.

Selon Machover, le visage est ce qui exprime le plus la communication avec autrui.

Pour cinq schizophrènes, les têtes sont vides, aucun trait du visage n'étant tracé. Il s'agit chaque fois de syndromes hébéphréno-catatoniques d'évolution ancienne.

Cela n'est retrouvé chez aucune déprimée.

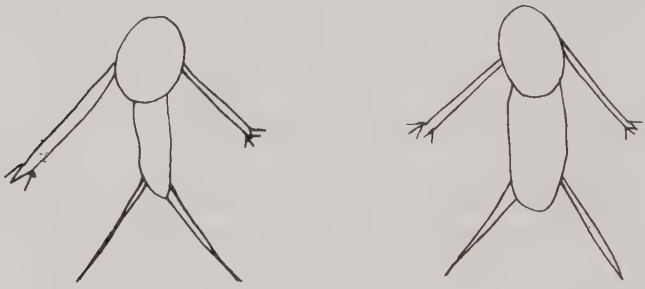

Fig. n° 1

Le dessin du tronc est moins souvent élaboré chez les schizophrènes : 44 % des figures féminines et 40 % des figures masculines ne montrent que le contour du corps.

15 % des figures féminines et 31 % des figures masculines chez les déprimées.

Ces dessins sans visage, et sans élaboration du corps, sont des exemples de contenu humain déréalisé.

Notons encore la fréquence d'un trait peu marqué, estompé ou même pointillé.

D) Les mosaïques de Lowenfeld : Selon Lowenfeld, un espace vide ou des morceaux blancs au centre d'un dessin montrent une « sensation de vide intérieur ».

Nous retrouvons, chez trois schizophrènes présentant des syndromes hébéphréno-catatoniques, deux cercles formés de morceaux espacés avec le centre vide, et un demi-cercle constitué de quatre morceaux (fig. n° 2).

Ce sont les cercles autistiques d'Ellenberger.

Nous avons trouvé l'image d'un cercle chez une déprimée, mais le centre était constitué d'une pièce jaune, et les couleurs étaient organisées.

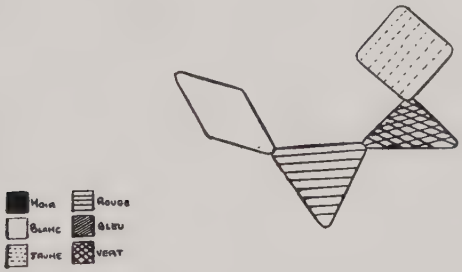

Fig. n° 2

Un autre test de déprimée nous donnait un dessin carré. Le centre était un carré blanc, entouré de triangles équilatéraux jaunes, eux-mêmes encadrés de pièces similaires noires. Le tout

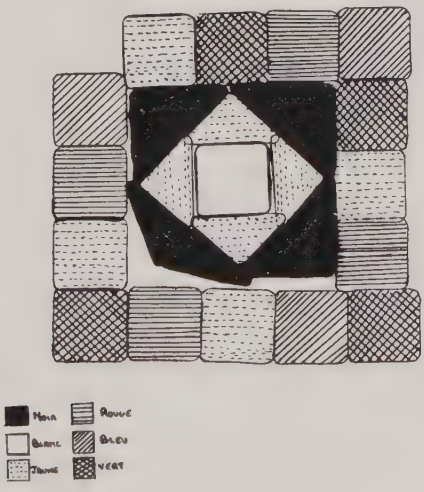

Fig. n° 3

était entouré de carrés alternés : vert, bleu, jaune et rouge (fig. n° 3).

Il s'agit là d'une personnalité ayant une image de vide intérieur, mais dont les défenses sont fortes. (Il s'agit cliniquement d'un paroxysme dépressif au cours d'une névrose obsessionnelle).

II. — *La désintégration du moi.*

Le manque d'intégration intérieure se traduit souvent par une angoisse relative à l'intégrité de l'image du corps.

A) Z : Dans le Z, cette angoisse se traduit essentiellement par les contenus anatomiques, et par les contenus humains et animaux, vus morcelés, détériorés ou morts.

Pour Morali, Daninos et Canivet, il y a chez les sujets normaux 6,20 % de réponses anatomiques. Dans cette étude, nous en avons trouvé 27 % chez les déprimées et 37 % chez les schizophrènes.

Nos schizophrènes ont donné au moins une réponse anatomique dans 9 cas sur 16, et nos déprimées dans 7 cas sur 10.

Nous trouvons donc dans les deux groupes une préoccupation hypocondriaque marquée, peut-être davantage chez les déprimées que chez les schizophrènes.

Notons ici que les déprimées donnant un contenu anatomique sont des dépressions névrotiques, qui présentent toutes cliniquement des préoccupations hypocondriaques.

Nous ne retrouvons pas ce type de réponses dans les syndromes mélancoliques.

Les schizophrènes ne donnant pas de réponses anatomiques présentent toutes des syndromes hébéphréno-catatoniques d'évolution ancienne.

On pourrait penser ici que ces préoccupations somatiques représentent un premier stade de désintégration, qui se trouve très dépassé chez ces dernières malades.

Nous rejoignons ici l'hypothèse de Schilder selon laquelle l'hypocondrie est une lutte contre la libido narcissique.

Le mécanisme de défense contre l'investissement libidinal excessif d'un organe consisterait à isoler cet organe et à le traiter comme un corps étranger dans l'image du corps.

Pour qu'existe ce mécanisme de défense, il faut que le moi soit suffisamment structuré, ce qui n'est pas le cas de certaines de nos schizophrènes.

Les contenus anatomiques ne sont des bonnes formes (c'est-à-dire correspondant à la réalité selon les normes des auteurs du Z) que pour 67 % des schizophrènes et 60 % des déprimées.

Mais, contrairement aux protocoles normaux, on relève ici un fort pourcentage de mauvaises formes (3 sur 5 chez les schizophrènes, 8 sur 10 chez les déprimées).

Dans les 21 réponses anatomiques des schizophrènes, 24 % sont des réponses « squelette », alors qu'on en trouve 40 % chez les déprimées.

Philips et Smith donnent des interprétations hypothétiques intéressantes sur le contenu « squelette ». Celui-ci témoignerait d'une meilleure maturité que le contenu « viscères ».

Un fort pourcentage de réponses « squelette » montrerait une inhibition des impulsions hostiles et refléterait l'angoisse du sujet redoutant d'avoir perdu le contrôle de ces impulsions.

Le maintien de ce contrôle se ferait par des « formations réactionnelles », ce qui donne à ces malades de la rigidité et de l'angoisse dans les relations interpersonnelles.

Nous constatons chez nos malades un échec partiel des mécanismes de défense, vu le nombre élevé de mauvaises formes.

On pense que le contenu « viscères » et « sang » est plus pathologique que le contenu « squelette ».

Sur 21 réponses anatomiques chez les schizophrènes, on retrouve 16 réponses de ce type (76 %). Sur 20 réponses anatomiques dans le groupe de déprimées, 11 réponses « viscères » (55 %). Pas de réponses « sang ».

La proportion $\frac{\text{contenu viscères et sang}}{\text{contenu squelette}}$ est plus grande chez les schizophrènes que chez les déprimées.

La proportion de mauvaises formes est également plus grande dans le premier groupe (92 % chez les schizophrènes et 58 % chez les déprimées).

Pour Philips et Smith, le contenu viscères est en rapport avec une hostilité non réprimée, parfois hostilité contre la mère.

L'examen du contenu viscères nous montre une forte proportion de réponses « poumons » (33 % chez les schizophrènes et 30 % chez les déprimées).

Le sang n'est vu que par les schizophrènes.

Philips et Smith trouvent ici une expression des impulsions sadiques et destructrices que le sujet a peur de voir se réaliser.

Ceci tendrait à montrer que les préoccupations somatiques chez les schizophrènes se manifestent non pas en thèmes hypocondriaques simples, mais en thèmes ayant trait à l'intégrité du corps.

C'est ce qui correspond à la « peur du démembrement » de Schilder, qui joue pour cet auteur un rôle important dans les psychoses.

Cette peur du démembrement répondrait à la peur de perdre l'intérieur du corps. C'est l'équivalent pré-génital du complexe de castration.

Pour Stärcke, le complexe de castration joue dans les psychoses le même rôle que le complexe d'Œdipe dans les névroses.

Cette peur du démembrement s'exprime directement chez deux schizophrènes :

1) Mlle B..., 34 ans. « On a l'impression de poumons. Mes poumons sont du même côté tous les deux. J'étais écrasée. C'est peut-être mon cadavre..., mais peut-être je suis enterrée. »

2) Mlle H..., 19 ans. « C'est des organes », et dans l'enquête elle précise : « Heureusement, parce que les organes ne tiendront pas... mes organes. »

Ces deux malades présentaient des syndromes délirants paranoïdes rémittents.

Signalons encore deux réponses « cancer » chez les schizophrènes.

Ce type de contenu se référant à la maladie est surtout rencontré chez les psychotiques, et montre une angoisse intense relative à l'intégrité du corps.

Ce type d'angoisse s'exprime encore dans un contenu humain ou animal perçu comme morcelé, détérioré, mort.

Parmi nos schizophrènes, nous relevons trois réponses où le contenu humain est « morcelé » :

a) « deux poupées, il leur manque une jambe » ;

b) « un homme ; ma tête, mes bras, mes mains, mes jambes » ;

c) l'unique réponse humaine d'une de nos malades est : « deux yeux ».

Nous retrouvons deux fois le concept « mort » : « tête de mort », « radio de deux bébés morts » (ceci chez une mère célibataire ayant accouché trois mois avant d'être testée), ou encore « cadavre d'un papillon ».

Chez les déprimées, nous n'avons relevé qu'une réponse de contenu humain morcelé : « personnages sans jambes », et deux contenus animaux.

On retrouve donc des préoccupations somatiques dans les deux groupes. Chez les déprimées, ce sont des préoccupations hypocondriaques simples. Chez les schizophrènes, elles sont l'expression de la peur du démembrement.

B) Test de relations d'objet : Nous avons retrouvé là moins d'éléments.

Signalons cependant plusieurs réponses de schizophrènes dé-

crivant les personnages comme des radios, ce que nous n'avons pas retrouvé chez les déprimées.

C) Les dessins : Les dessins des schizophrènes expriment plus immédiatement le concept de morcellement du corps (fig. n° 4).

Nous avons noté les parties du visage manquant sur les dessins des deux groupes.

Sur 31 dessins de schizophrènes, nous avons relevé 84 omissions, alors que, sur 26 dessins de déprimées, il n'y en a que 22.

Dans le premier groupe, pour cinq malades, aucun trait du visage n'est noté ; deux dessins ne montrent pas de tronc.

Dans le deuxième groupe, une malade ne dessine que deux têtes.

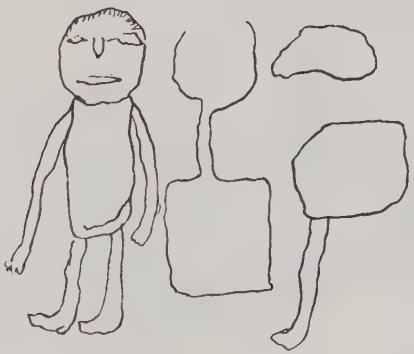

Fig. n° 4

Quotation des oublis

	Schizophrènes	*Déprimées*
Yeux	7	1
Nez	7	
Bouche	8	
Oreilles	19	8
Cheveux	8	4
Cou	12	2
Bras	8	3
Mains	7	2
Jambes	6	

Ainsi, le sentiment d'incomplétude du corps est exprimé dans les deux groupes, mais de façon beaucoup plus massive chez les schizophrènes.

D) Les mosaïques : Ellenberger a assimilé les tests des mosaïques des schizophrènes à ceux des enfants.

Selon le degré de régression observé, il distingue quatre stades. Notons que cette analogie ne peut être prise à la lettre. Il y a en effet une grande différence entre les étapes de régression et les étapes de développement de l'enfant.

La régression aux 3e et 4e stades montre un très faible degré d'organisation, et témoigne, pour nous, d'une image du moi mal définie et désintégrée.

Au 4e stade, les malades se comportent comme des enfants de

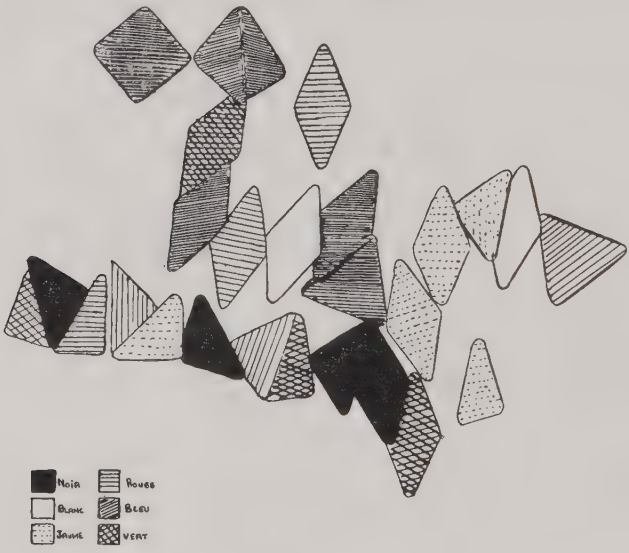

Fig. n° 5

16 à 18 mois. Elles regardent les mosaïques avec intérêt, jouent avec sans aucun but.

L'une de nos schizophrènes appartient à ce groupe. Elle a mis quelques mosaïques sur la feuille de papier, au hasard.

Le 3e stade répond, selon Ellenberger, à l'attitude des enfants de 3 ans.

Dans ce groupe, les mosaïques sont placées sur le papier, de façon à ce que chacune soit isolée des autres, mais sans aucun essai d'organisation ou de construction de figure.

Aux 4e et 3e stades, les mosaïques sont dites « éparpillées ».

Quatre de nos malades (groupe des schizophrènes) nous ont donné des mosaïques éparpillées.

Les malades du 2e stade présentent des analogies avec les enfants de 3 à 4 ans. Il y a là un début d'organisation. Les mosaïques ne sont plus placées, chacune pour soi, sur le papier, il existe un certain type de relation entre elles, même lorsque cette relation est obtenue par hasard (fig. n° 5).

Un peu plus évoluées, sont les mosaïques en lignes. Nous les retrouvons chez trois schizophrènes et une déprimée.

En résumé, dans le groupe des schizophrènes, 11 malades sur 17 appartiennent aux trois derniers stades de régression d'Ellenberger.

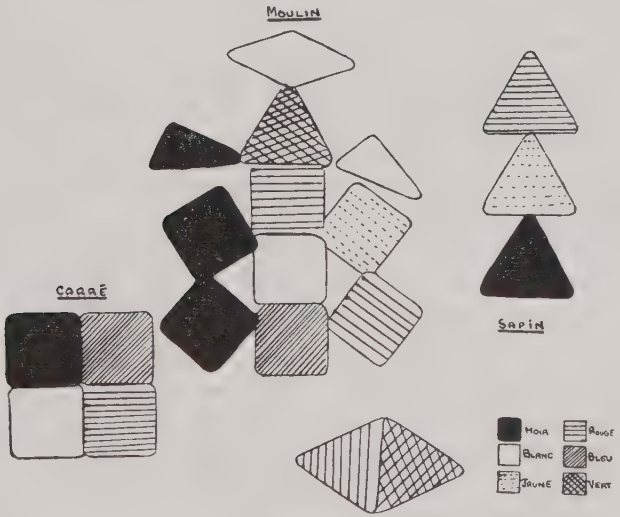

FIG. N° 6

Dans le groupe des déprimées, nous ne retrouvons là que trois malades sur 13, et qui sont au 2e stade. L'une présente un syndrome basedowien (dont nous avons déjà parlé) ; les deux autres sont des dépressions névrotiques de la ménopause.

Au premier stade, les malades sont capables d'organisation, et tentent de construire un dessin.

Alors que les dessins des schizophrènes au premier stade (5 malades) sont figuratifs, les dessins des déprimées à ce stade (10 malades) sont abstraits et non figuratifs.

Les figures représentées par les schizophrènes sont de niveau enfantin.

Lowenfeld cite des figures analogues chez des enfants d'environ 5 ans.

Dans les représentations correspondant à ce stade, l'une montre : un moulin, un sapin, un carré (fig. n° 6).

Une autre montre « le soleil » constitué de deux demi-cercles. On y retrouve un certain mouvement, mais la figure est peu identifiable.

Deux malades projettent leurs phantasmes dans la figure. C'est la « réaction d'illusion » décrite par Ellenberger.

En résumé, dans le groupe de schizophrènes, six figures répondent au premier stade de régression. Parmi elles, trois sont identifiables : une étoile, un moulin, un bonhomme.

Ce sont les trois cas montrant le plus de maturité d'après les mosaïques des schizophrènes.

Or, cliniquement :

la première malade présentait un syndrome discordant aigu d'origine puerpérale qui a guéri ;

la deuxième présentait aussi une bouffée schizophrénique aiguë, qui était très améliorée au moment où elle a été testée, et qui est actuellement guérie ;

la troisième présentait une psychose paranoïde d'évolution ancienne, très améliorée au moment du test (la sortie n'était retardée que par l'isolement social).

Les deux malades ayant présenté des réactions d'illusion sont des syndromes paraissant aigus, mais suivis de rechutes brèves.

La malade ayant représenté « le soleil » était un « syndrome hébéphréno-catatonique sévère avec autisme profond » d'évolution ancienne, mais présentant de bonnes rémissions sous l'influence des thérapeutiques.

Quant au sixième cas appartenant à ce stade, on peut espérer une rémission, car il s'agit d'une psychose puerpérale.

Signalons que, dans toutes les figures construites par les schizophrènes, toutes les pièces de mosaïques ou une partie d'entre elles sont espacées.

Dans le groupe des déprimées, dix dessins sont comparables à ce que feraient des enfants de 5 ans ; deux dessins sont du niveau de 6 à 7 ans.

Là, encore plus que chez les schizophrènes, l'analogie avec l'enfance est approximative.

Les mosaïques des déprimées sont compactes dans cinq cas (toutes les pièces étant soigneusement juxtaposées), ce que nous n'avons jamais trouvé chez les schizophrènes. Trois sont intermédiaires.

Les autres figures sont faites de morceaux espacés.

Dans ce groupe, les figures représentées sont petites, isolées sur la feuille, ou, dans quatre cas, combinées avec d'autres petites figures isolées.

Sauf pour une malade, on ne retrouve pas là le manque d'organisation des mosaïques éparpillées, mais une organisation rudimentaire donnant lieu à ce que Lowenfeld appelle dessin « préfondamental ».

Par exemple : les fragments d'une étoile composée de trois losanges juxtaposés (le dessin fondamental étant l'étoile constituée de huit losanges juxtaposés).

Nous pensons que ces cinq figures expriment une rétraction et une isolation de l'ambiance.

Une déprimée nous fait une étoile très analogue à une figure de schizophrène. Il s'agit d'une malade présentant des accès maniaco-dépressifs, greffés sur personnalité schizoïde fruste.

On remarque dans l'étude de l'organisation des couleurs que leurs possibilités sont ignorées.

On sait que, dans le Rorschach, l'utilisation contrôlée de la couleur traduit l'intégration affective. Si l'on applique cette hypothèse au test des mosaïques, on voit que l'intégration affective est peu développée dans les deux groupes.

Aucune schizophrène n'a su utiliser le jeu des couleurs. Seules, les déprimées en ont tiré parti.

Chez huit schizophrènes et quatre déprimées, il existe une certaine persévération dans l'emploi des couleurs.

D'après Lowenfeld, c'est à 8 ans seulement que les enfants commencent à utiliser dans les dessins les couleurs dans un but d'expression. A 9 ans, la couleur est employée indépendamment de la forme.

Aucune de nos malades ne s'en est servi de cette façon.

Deux schizophrènes prennent les couleurs comme symboles.

Les quatre déprimées qui ont utilisé les couleurs l'ont fait de la façon suivante :

L'une a dessiné un carré jaune, assez maladroitement. Pour Lowenfeld, le jaune est quelquefois symbolique de l'urine. (Il est intéressant de noter, sur le plan clinique, que cette malade a présenté une albuminurie).

L'autre fait une mosaïque compacte, rouge et noire avec du bleu au centre. (Il s'agit cliniquement d'un état dépressif névrotique réactionnel à une situation conjugale pénible).

La troisième utilise des triangles jaunes et noirs qu'elle dépose autour d'un carré blanc.

La quatrième fait un cercle discontinu, analogue à certains dessins schizophréniques. Elle marque le centre du cercle d'un triangle jaune.

Les mosaïques de ces quatre malades sont plutôt celles de névrosées que de dépressions psychotiques.

Cliniquement, il s'agit de dépressions névrotiques.

En conclusion, le manque d'intégration du moi se manifeste principalement :

par des préoccupations hypocondriaques (retrouvées dans les deux groupes, mais moins nettes chez les schizophrènes) ;

par une projection du manque d'intégrité du corps, plus exagérée dans les dessins des schizophrènes ;

enfin, par un manque d'organisation qui est plus marqué dans les mosaïques des schizophrènes.

III. — *Troubles de l'identification sexuelle.*

Un moi insuffisamment coloré et défini est souvent un moi qui ne parvient pas à s'identifier sexuellement.

La différence entre les sexes est minimisée ou ignorée.

Quelquefois, la difficulté d'identifier le sexe est exprimée : « C'est un homme ou une femme. »

A) Z : 6 dans 19 réponses humaines des schizophrènes, soit 32 %, ne différenciaient pas le sexe.

Une seule déprimée (sur sept ayant trouvé une image humaine) ne différencie pas le sexe.

Une schizophrène nous parle d' « homme » qui devient « ma tête », « mes bras ». La malade s'identifie absolument avec cette image qu'elle appelle un homme.

Une déprimée donne comme réponse : « des personnages sans jambes... des femmes peut-être ».

Quatre réponses de schizophrènes ne mentionnent pas le sexe.

B) Test de relations d'objet : Ce test permet d'étudier l'identification sexuelle de trois façons. Tout d'abord, comme sur le Z, les personnages humains peuvent être vus sans que le sexe soit précisé. Les malades nomment l'image une personne, sans spécifier le sexe.

Quatre schizophrènes sur 17 parlent de personnes et la totalité des déprimées utilise cette expression.

A un degré de plus, le caractère humain de l'image est omis : c'est une ombre, un corps, des radios, des anges, des pierres, des poissons, des images, de la glace fondue, des photos, un vase.

Douze schizophrènes procèdent de cette manière et seulement deux déprimées.

Ensuite, le doute peut être verbalisé, soit que la malade dise simplement « un homme ou une femme », soit qu'elle change le sexe de l'image humaine qu'elle décrit au cours de sa description.

La différenciation sexuelle est partiellement révélée par la carte de la situation à deux personnes.

Selon Phillipson, 54 % de ses sujets ont vu une situation hétéro-sexuelle, 12 % une situation amicale.

Nos schizophrènes ont vu deux femmes dans 82 % des cas et un homme et une femme dans 18 % seulement.

Sur ces deux cas, notons que l'une de nos malades présentait une bouffée schizophrénique aiguë post-puerpérale, ayant entièrement guéri.

La deuxième ne pouvait voir la situation homme-femme que distanciée et déréalisée : un homme et une femme, des radios.

Par contre, les déprimées voient plus fréquemment la situation hétéro-sexuelle (62 % des cas pour 42 % décrivent une situation homo-sexuelle). Seule, une malade ne la voit que déréalisée.

En troisième lieu, on peut montrer l'identification sexuelle en décrivant des relations hétéro-sexuelles.

Si nous nous reportons à la carte évoquant la situation à deux, aucune schizophrène ne décrivait une relation hétéro-sexuelle et sept d'entre elles des relations entre deux femmes.

Par contre, toutes les déprimées établissent une relation entre les deux figures et, dans 7 cas sur 13, ce sont des relations entre hommes et femmes.

Nous retrouvons dans les sept réponses évoquant une relation homo-sexuelle chez les schizophrènes :

a) l'agressivité : deux femmes se prennent la main et « ne se disputent pas » ;

b) la passivité : « Elles s'écoutent » ;

c) l'érotisme : « Les Saintes Vierges sont corps à corps, se parlent, se disent je t'aime, je t'embrasse. »

Dans quatre cas sur sept, on retrouve une tentative de communication active : « se parler ».

Dans les réponses rappelant la relation à deux dans le groupe des déprimées, il y a plus souvent une tentative de communication verbale, mais, surtout, elles voient la stuation hétéro-sexuelle.

C) Le dessin : Le manque d'identification sexuelle entre les deux figures est retrouvé chez 6 schizophrènes sur 16 (38 %) — il s'agit là des mêmes malades qui ont dessiné une tête vide — et chez 2 déprimées sur 13 (15 %) — déprimées, de pronostic grave, à l'évolution traînante.

Pour Caligor, il y a chez les schizophrènes une plus mauvaise identification sexuelle, une plus grande incapacité à intégrer les impulsions et les phantasmes hétéro-sexuels.

Le sexe des figures est le plus souvent identifiable par le dessin de jupes, pantalons et cheveux.

Ceci est utilisé plus souvent par les déprimées que par les schizophrènes.

Deux sujets (un de chaque groupe) dessinent des nus. Le pénis n'est pas représenté.

Signalons que, dans la majorité de nos dessins, la figure féminine est plus grande que la figure masculine (chez 9 schizophrènes sur 14 ; 7 déprimées sur 11).

On peut peut-être voir là une expression de la protestation virile.

Dans d'autres cas, cela traduit des conflits relatifs à une figure maternelle dominatrice.

D) Les mosaïques : On ne peut pas, là, tirer de conclusions directes quant à la différenciation sexuelle.

Le stade de régression auquel sont arrivées les schizophrènes est antérieur au stade génital.

En conclusion, le manque d'identification sexuelle s'exprime dans le Z et le test de relations d'objet en ne précisant pas le sexe ou en le déréalisant.

Sur ce deuxième test, on note de plus la perplexité quant au sexe, ou le changement de sexe, l'incapacité de voir la situation hétéro-sexuelle.

Nous avons ainsi retrouvé un manque de différenciation sexuelle dans les dessins.

Cette mauvaise identification sexuelle est plus fréquente chez les schizophrènes que chez les déprimées.

IV. — *Isolement et manque de contact avec l'extérieur.*

Le manque de contact avec l'ambiance est un des traits cliniques les plus marquants chez les schizophrènes.

A) Le Z : Nous avons retrouvé dans les deux groupes une diminution de la réactivité à la stimulation.

Alors que le nombre moyen des réponses par personne chez les sujets normaux est de 12 (Morali, Daninos et Canivet), nous avons obtenu entre une et 13 réponses chez les schizophrènes, entre 3 et 9 réponses chez les déprimées.

Les protocoles des deux groupes sont réduits.

Il y a peu de déterminants, exception faite de la forme (F % 60 pour les schizophrènes et 45 pour les déprimées).

On note en particulier un manque de réaction à la couleur. 10 schizophrènes sur 16 et 6 déprimées sur 9 ne réagissent absolument pas à la couleur.

Les réponses couleur obtenues montrent une adaptation affective médiocre et un manque de relation avec autrui.

Les malades montrent : soit une absence totale de réaction affective à l'ambiance ; soit une réaction explosive.

Ce dernier mode de réaction est plus fréquent chez les schizophrènes (15 % de CF + C chez les schizophrènes et 8 % chez les déprimées).

Dans nos deux groupes, nous retrouvons un fort pourcentage de sujets « coartés », c'est-à-dire inhibés (manque de couleur et de mouvement dans la formule de résonance intime).

Il n'y a qu'un sujet dans chaque groupe qui ne soit pas « coarté ».

On peut donc conclure à des signes d'inhibition et de blocage dans les deux groupes.

B) Test de relations d'objet : Le manque de contact avec l'extérieur peut ici, comme dans le Z, se traduire par un affaiblissement de la réactivité à la stimulation, ce qui s'exprime ici par une absence de projection lors de l'examen des planches.

On a alors une lacune dans la description des trois aspects suivants :

relation entre les figures humaines ;

attitude psychique et comportement des contenus humains ;

ambiance.

Nous allons tenter de voir ce que nous apporte le contenu projeté par les deux groupes quant au manque de contact avec l'extérieur.

1) *Description des relations interpersonnelles.*

a) La situation d'une personne seule : Alors que 60 % des sujets de Phillipson décrivent cette situation, nous ne retrouvons que deux descriptions chez les schizophrènes, soit 12 %, et cinq chez les déprimées, soit 39 %.

L'individu est vu seul, ou en relation avec une puissance surnaturelle.

b) La relation à deux : Seules, sept schizophrènes sur 17 décrivent la relation à deux, alors que toutes les déprimées nous en donnent une description.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la relation à deux, vue par les schizophrènes, est de type exclusivement homosexuel, alors que 62 % des déprimées décrivent la relation hétéro-sexuelle.

On peut donc dire que la relation à deux est moins souvent perçue par les schizophrènes, et qu'elle n'est jamais du type hétéro-sexuel.

Il y a donc un manque de contact dans la relation à deux, surtout dans la relation hétéro-sexuelle.

c) La relation à trois, qui évoque la situation œdipienne, est très difficilement décrite par les schizophrènes.

Nous ne trouvons dans leur groupe que deux descriptions de ce type de relations, et ce ne sont pas des relations interpersonnelles, mais avec une instance supérieure.

L'une de nos malades voit « trois hommes qui se demandent : où je vais aller. J'irai peut-être au Ciel. Ils voient le Bon Dieu... Le Bon Dieu demande ce qu'ils veulent..., la joie, le bonheur ».

L'autre décrit des gens qui prient autour d'un cercueil.

Dans le groupe de déprimées, ce type de relation n'est décrit que par sept malades, soit 54 %, alors que Phillipson trouve 92 % pour son groupe.

Sur les sept descriptions, cinq isolent un groupe de deux et une troisième personne, deux malades décrivent une vraie relation à trois.

Exemple du premier type de réponses : « Il y a deux personnes qui sont parties à deux, et en laissent une toute seule. »

Exemple du deuxième type de réponses : « Deux hommes parlent ensemble, l'autre les écoute. »

Notons une tonalité agressive dans deux réponses, l'une niée par la malade : « Elles n'ont pas l'air fâchées », l'autre reconnue : « Ils peuvent avoir des sentiments hostiles, mais je ne vois pas pourquoi. »

On peut donc penser que les déprimées sont moins isolées que les schizophrènes dans la relation à trois et la perçoivent mieux.

d) La relation de groupe : Elle est défectueuse dans les deux groupes. Nous ne trouvons que deux descriptions de cette rela-

tion chez les schizophrènes et quatre chez les déprimées, alors que Phillipson relève un pourcentage de 92 %.

Une schizophrène voit le groupe comme « des images qui dansent avec moi ». L'autre : « le Christ avec ses disciples ».

Nos déprimées nous donnent les réponses suivantes : « des personnes donnent à manger aux oiseaux », « les oiseaux chantent pour les personnes », « des femmes ou des hommes parlent aux poissons », « des femmes songent pendant que les hommes parlent ».

On voit donc que, pour les deux types de malades, la relation interpersonnelle de groupe est difficile à concevoir.

Si la difficulté est encore plus grande chez les schizophrènes, la différence entre les deux groupes est ici moins marquée que pour les autres malades.

e) Relation de l'individu et du groupe : Cette carte présente moins de difficultés en général, car elle est plus structurée.

Sur les 50 sujets de Phillipson, 48 décrivent cette relation qui montre un groupe et un individu en dehors du groupe.

Parmi nos malades, sept schizophrènes (41 %) scotomisent cette situation, alors qu'elle n'est évitée que par une déprimée.

L'évitement est obtenu soit par la non-perception de l'individu seul, soit en le percevant comme faisant partie du groupe.

Deux types de relations sont décrits sur cette planche : les relations à l'intérieur du groupe et les relations entre l'individu et le groupe.

Le premier type de relations est vu par six schizophrènes, certaines de façon très immature.

Six déprimées donnent des réponses un peu plus évoluées.

Le deuxième type de relations est vu par quatre schizophrènes. Il est vu dans le sens de l'autorité de l'individu sur le groupe dans trois cas sur quatre.

Sept déprimées décrivent la situation de l'individu par rapport au groupe. Quatre d'entre elles essaient d'expliquer l'isolement par rapport au groupe : « Il n'est pas d'accord », ou : « Il choisit la solitude. » Deux malades n'isolent pas l'individu du groupe.

On peut penser, semble-t-il, que les déprimées sont plus conscientes que les schizophrènes des relations de l'individu et du groupe. Elles arrivent à mieux décrire le type de relations. La schizophrène se sent plus isolée dans une situation de groupe.

Il est intéressant de voir que l'on peut trouver ici un élément permettant un appoint au pronostic.

En effet, la relation à trois, de groupe, et l'individu vis-à-vis du groupe (2e type de relations), n'est décrite que par des malades ayant présenté, soit une bouffée aiguë et isolée, soit des bouffées rémittentes. Ces dernières sont actuellement guéries.

On ne semble pas pouvoir tirer de conclusions favorables de la perception de la relation à deux, ou de la description du premier type de relations dans la quatrième planche.

Des malades, même plus gravement atteintes, sont capables de faire une description.

Dans l'ensemble, les déprimées perçoivent mieux les relations d'objets. Leur trouble ne les isole pas complètement. Elles déréalisent par distanciation, mais ne s'isolent pas complètement.

On peut conclure que les déprimées décrivent plus souvent les relations humaines que les schizophrènes.

La relation à deux semble la plus facile à percevoir pour les deux groupes, la relation à l'intérieur du groupe étant la plus difficile.

2) *Projection des états affectifs et du comportement.*

Alors que cette description n'est faite que par huit schizophrènes sur 17, nous avons obtenu 24 descriptions chez les déprimées.

Le plus souvent, l'état affectif donné appartient à l'une des trois catégories suivantes, par ordre de fréquence :

a) contemplation, réflexion ;

b) prière ;

c) inquiétude, perplexité.

Tous les états affectifs décrits par les schizophrènes appartiennent à ces trois groupes, à l'exception d'une qui décrit une personne qui sourit.

Les déprimées, au contraire, projettent des états intérieurs plus variés : tristesse, pitié, agressivité exprimée ou méconnue. Les déprimées prennent donc davantage conscience de leurs tendances dépressives et agressives.

L'attitude la plus fréquemment décrite dans les deux groupes est celle de regarder (42 % des schizophrènes, 28 % des déprimées).

Il s'agit là d'une attitude statique et ceci davantage chez les schizophrènes que chez les déprimées (64 % pour 45 % des déprimées par rapport aux attitudes décrites).

Les comportements dynamiques sont plus fréquemment retrouvés chez les déprimées (8 déprimées sur 4 schizophrènes).

On peut donc conclure que les schizophrènes montrent une plus grande incapacité que les déprimées à projeter les états mentaux sur la figure humaine. Elles ne perçoivent qu'une structure relationnelle, qu'elles n'essayent pas de modifier. Le contact avec autrui est donc plus réduit chez elles.

3) *Description de l'ambiance.*

Phillipson distingue : « le contenu de réalité », qui fait appel à des aspects concrets de l'ambiance (église, feuillage, maisons...).

La malade structure alors la planche, ce qui indiquerait une possibilité du sujet à organiser et utiliser la réalité externe. Elle est capable d'un contrôle intellectuel.

« Le contexte de réalité » se réfère à l'atmosphère, la perception de la situation comme accueillante ou menaçante.

Ce climat émotionnel est donné, pour Phillipson, par l'utilisation des ombres (qui permettent de décrire, par exemple, des conditions de temps : pluie, nuages, ciel...).

On ne retrouve chez les schizophrènes que 25 « contenu réalité » et 26 « contexte réalité », alors que les déprimées donnent 46 « contenu réalité » et 40 « contexte réalité ».

Les déprimées ont donc plus de contact avec l'ambiance que les schizophrènes. Elles ont un meilleur contrôle intellectuel, et sont plus sensibles au climat émotionnel qui les entoure.

Si l'on compare nos malades au groupe de Phillipson, on peut observer qu'elles donnent un plus grand nombre de réponses « contexte réalité » et un moins grand nombre de « contenu réalité.

Nos malades, et en particulier les schizophrènes, quand elles perçoivent l'ambiance, le font plus en termes de climat émotionnel que de description de l'aspect concret de la situation.

C) Dessin : Les sujets ayant un contact réduit avec l'environnement font des dessins plus petits que les sujets normaux.

Si l'on utilise les mesures de Caligor, 21 dessins de la figure humaine sur 29 sont chez les schizophrènes plus petits que la moyenne (72 %) et 13 dessins sur 24 chez les déprimées (54 %).

Ceci traduirait une réduction du contact avec l'environnement dans les deux groupes, mais plus importante chez les schizophrènes.

D'après Machover, certaines parties du corps ont un rôle majeur dans la prise de contact avec l'extérieur. Les membres sont ici de la plus grande importance.

C'est avec les bras et les mains que l'on explore son corps, que l'on travaille. Ils servent à embrasser et à faire du mal.

Comme nous l'avons déjà vu, chez les schizophrènes, les bras manquent sur 8 dessins sur 31 (26 %) et sur 5 dessins sur 26 chez les déprimées (19 %). Il n'y a pas de bras sur sept dessins des malades du premier groupe et quatre des malades du deuxième groupe.

Un autre aspect témoin d'un contact affaibli peut être la minceur et la longueur exagérées des membres.

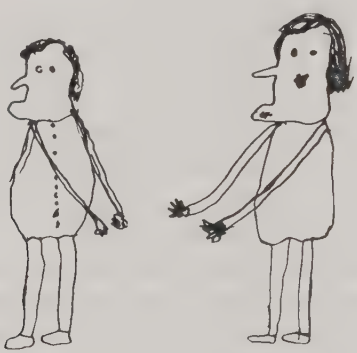

Fig. n° 7. — Dessin de schizophrène

Chez les schizophrènes, sur 15 dessins de femmes, sept montrent des bras trop minces et six trop longs. Six dessins d'hommes montrent des bras trop minces. Chez les déprimées, on ne retrouve ce caractère que dans deux dessins de femmes sur 12 et trois dessins d'hommes sur 12.

Ceci tendrait à montrer que, chez les schizophrènes, l'image du corps est une image de faiblesse, d'impuissance et manquant de contact (fig. n° 7).

Les jambes donnent à l'individu la sensation de stabilité. Nous retrouvons chez les schizophrènes cinq fois (33 %) des jambes minces et six fois (47 %) des jambes courtes (dessins de femmes). Chez les déprimées, deux fois des jambes minces et deux fois des jambes courtes (17 %).

Nous voyons ici encore un manque d'assise dans l'ambiance extérieure peu marquée chez les schizophrènes.

L'expression du visage est chez l'adulte un moyen essentiel de contact avec autrui. Comme nous l'avons vu, le visage n'est pas dessiné sur sept dessins de schizophrènes. Ceci n'a jamais été relevé chez les déprimées (fig. 8).

Chez les schizophrènes, lorsque les yeux sont dessinés, ils le sont fréquemment de façon peu élaborée : un point ou un cercle sur sept dessins (40 %) — ceci n'est vu que chez une déprimée.

Caligor et Machover voient là un refus et une fuite hors de la réalité extérieure.

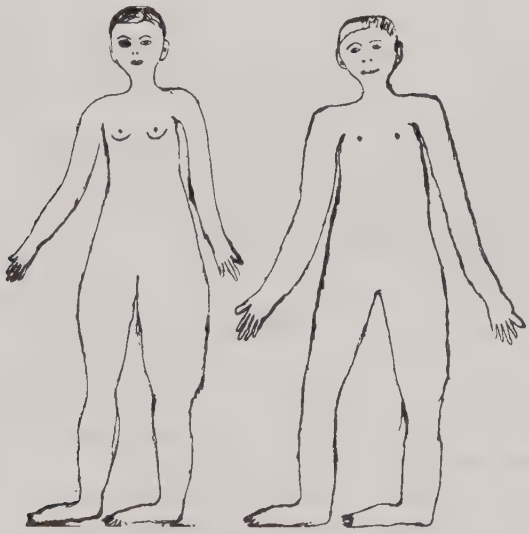

Fig. n° 8. — Dessin de déprimée

Deux schizophrènes dessinent leurs personnages avec les yeux fermés (tendance à l'autisme).

D) Les mosaïques : Si l'on compare nos résultats avec les mosaïques données comme exemples par Lowenfeld, nous notons que nos malades utilisent peu de pièces : une moyenne de 15,8 est retrouvée chez les schizophrènes ; 13,3 chez les déprimées.

On ne peut comparer ici les deux groupes, car les schizophrènes utilisent soit très peu de pièces, soit un assez grand nombre.

Il y a cependant dans les deux groupes plusieurs dessins constitués de peu de pièces, ce qui serait, selon Lowenfeld, un signe d'inhibition et de mauvais contact avec l'extérieur.

CONCLUSIONS

De quel intérêt pour la connaissance du moi et de quelle valeur pronostique peuvent être les méthodes projectives, c'est ce que nous avons tenté d'établir au cours de cette étude.

I. — Appréciation des modalités régressives du moi

1) *La déréalisation.*

Elle est due pour Schilder à un désinvestissement libidinal du moi et du monde extérieur. C'est une négation du corps dans sa totalité ou dans une de ses parties.

Nous la retrouvons dans les quatre tests utilisés.

Peu accentuée chez les déprimées, elle ne se révèle que par une distanciation des contenus humains sur le Z, et une déréalisation de la planche évoquant la situation de groupe dans le test de relation d'objets.

Très grave, au contraire, chez les schizophrènes, elle se manifeste par une distanciation plus poussée du contenu humain dans le Z, une déréalisation de l'ensemble des planches du test de relations d'objet, déréalisation qui atteint son maximum dans l'évocation de la situation de groupe, et qui n'est évitée que dans la planche évoquant la relation à trois.

Elle est révélée, dans le test des mosaïques, par les cercles autistiques d'Ellenberger chez trois malades.

Elle est évidente dans les dessins où le corps est soit déréalisé dans son ensemble, soit dans une de ses parties, en particulier le visage qui devient par exemple un cercle vide.

2) *Désintégration et morcellement du moi.*

Les quatre tests ne nous donnent pas ici des éléments d'égale valeur.

Le test de relation d'objets ne permet pas d'étudier la désintégration.

Les dessins mettent en évidence une image incomplète du corps par des oublis beaucoup plus massifs chez les schizophrènes que chez les déprimées.

Dans le Z, nous retrouvons des préoccupations somatiques qualitativement différentes dans les deux groupes.

Chez les déprimées, on note un plus fort pourcentage de répon-

ses anatomiques, qui traduisent des préoccupations hypocondriaques.

Si l'on reprend l'hypothèse de Schilder, l'hypocondrie serait une lutte contre la libido narcissique. Le mécanisme de défense contre l'investissement libidinal excessif d'un organe consisterait à isoler cet organe, et à le traiter comme un corps étranger dans l'image du corps.

Pour que puisse exister ce mécanisme de défense, il faut que le moi soit suffisamment structuré.

Ceci n'est pas le cas dans les syndromes de dépersonnalisation des schizophrènes.

C'est ce qui expliquerait le plus faible pourcentage de réponses anatomiques retrouvées chez elles.

Le protocole des schizophrènes met en évidence non des préoccupations hypocondriaques simples, mais des thèmes relatifs à l'intégrité du corps, traduisant « la peur du démembrement » de Schilder et répondant au complexe de castration pré-génital.

Dans les mosaïques, le manque d'organisation des formes est plus grand chez les schizophrènes que chez les déprimées.

L'inorganisation de la couleur montre un manque d'intégration affective dans les deux groupes.

3) *Le moi non identifié sexuellement.*

La perplexité au sujet de l'identification sexuelle est une conséquence de la déréalisation. Elle est donc beaucoup plus développée chez les schizophrènes que chez les déprimées.

Elle est manifeste dans l'étude de la relation à deux (test de relations d'objet). Elle est décrite par toutes les déprimées et par sept schizophrènes sur 17 seulement. Encore celles-ci ne parviennent-elles jamais à une relation hétéro-sexuelle.

Les dessins révèlent aussi ce manque d'identification, beaucoup plus fréquent chez les schizophrènes (6 sur 16) que chez les déprimées (2 sur 13).

Seules, certaines déprimées arrivent à percevoir l'hétéro-sexualité. Les schizophrènes méconnaissent les relations humaines ou, dans l'hypothèse la plus favorable, ne dépassent pas le stade homosexuel.

4) *Le moi isolé ayant peu de contact avec le monde extérieur.*

Comme on l'a vu, la déréalisation vise à un désinvestissement libidinal du moi et du monde extérieur, d'où il résulte un manque de contact avec autrui, et la non-perception de l'ambiance.

Dans le Z, ce manque de contact se traduit dans les deux groupes par une inhibition de la réactivité à la stimulation qui, chez les schizophrènes, alterne avec une réactivité explosive.

Ce caractère est également relevé dans le test de relations d'objet.

De plus, on trouve une difficulté à décrire les relations interpersonnelles chez nos deux types de malades, difficulté beaucoup plus grave chez les schizophrènes.

La relation à deux semble la plus facile à percevoir, la relation à l'intérieur du groupe la plus difficile.

Les schizophrènes omettent fréquemment de décrire les états thymiques, et le font de façon plus stéréotypée. Les attitudes retrouvées sont essentiellement passives. Elles perçoivent moins le climat émotionnel et ont un moins bon contrôle intellectuel de l'ambiance.

Dans le dessin, beaucoup plus que les déprimées, les schizophrènes montrent une image du corps qui est une image d'impuissance, de faiblesse, d'incapacité de contact avec l'extérieur.

Ainsi, nous retrouvons dans nos deux groupes des signes de dépersonnalisation. Seule diffère la gravité de la régression.

Le moi des schizophrènes répond le plus souvent à l'image de l'enfant qui est dans « un absolu non différencié » tel que le décrit Piaget ou encore au stade de narcissisme primaire de Freud.

Il est caractérisé par : la déréalisation, la désintégration et le morcellement, la non-identification sexuelle, l'isolement du monde extérieur.

Le moi des déprimées est le plus souvent plus évolué : la déréalisation est moins grave ; la désintégration ne se traduit que par une hypocondrie simple, et ne va pas jusqu'au morcellement ; l'identification sexuelle est plus satisfaisante, quoique gênée parfois par la déréalisation ; il y a un contact avec autrui, mais sans contrôle émotionnel.

II. — Valeur des tests utilisés au point de vue diagnostic et pronostic

Pour certains auteurs, tels que Bleuler, « les tests de projection ne sont que le reflet de la psychopathologie des maladies mentales déjà connues. Ils n'élargissent pas l'horizon du diagnostic psychopathologique ».

Nous pensons avoir montré ici par l'utilisation de ces tests

qu'il n'y avait pas une différence de nature entre le moi inadéquat d'un schizophrène et celui d'un déprimé, mais une différence de degré de la régression.

Nous avons essayé d'en établir le niveau de gravité et les modalités.

C'est ainsi que, dans le Z, la déréalisation plus ou moins poussée des planches, le manque de réactivité aux stimulations ou, au contraire, l'alternative d'une réactivité explosive avec une inhibition, les préoccupations hypocondriaques simples s'opposant à « la peur du démembrement », sont incontestablement des éléments permettant de juger de la gravité de l'atteinte du moi.

Des dessins nous donnent également des éléments à retenir : isolement plus ou moins grand, sensation de vide intérieur, morcellement, difficulté d'identification sexuelle, ou déréalisation très grave.

Deux tests nous ont paru être un appoint intéressant quant au pronostic :

1) *Le test de relations d'objet.*

Les malades que la clinique nous montrait gravement atteintes au moment du test, mais qui avaient pu néanmoins nous donner une description des planches évoquant la relation à trois, la relation de groupe, la relation de l'individu vis-à-vis du groupe, devaient toutes évoluer vers la guérison.

Pour les malades n'ayant pu décrire que les deux autres planches, le pronostic était moins favorable.

2) *Le test des mosaïques.*

Nous avons pu classer nos malades selon les quatre stades de régression d'Ellenberger. 11 schizophrènes sur 17 répondent aux trois derniers stades, et 3 déprimées sur 13, encore se situent-elles au deuxième stade.

Les malades ayant fourni des mosaïques du premier stade ont guéri complètement.

Appliqués à des groupes importants de malades, dès le début de leur affection, ces deux tests devraient permettre dès l'abord de dresser un bilan assez complet des modalités de régression du moi et de porter un pronostic quant à la gravité et quant à l'évolution de la maladie.

Nous pensons donc pouvoir conclure avec Rapaport :

« La psychologie dynamique et la psychiatrie possèdent un outil efficace dans les méthodes de psychodiagnostic. Elles ont déjà soulevé des problèmes troublants et profonds, et ces méthodes, bien appliquées, peuvent donner des réponses très intéressantes.

« Les psychodiagnostics, méthodes cliniques et instruments de recherche à la fois, requièrent une analyse raisonnée menant d'abord à une théorie de l'organisation de la pensée et ensuite à l'intégration de cette théorie dans la théorie générale de la psychodynamique. »

BIBLIOGRAPHIE

Bellak (L.) et coll. — *Les psychoses maniaco-dépressives et les états pathologiques du même ordre,* Grune et Stratton, édit., New-York, 1952, 306 pages.

Bleuler (M.). — Les tests de projection en clinique psychiatrique. *Congrès intern. de psych.,* 1950, Hermann et C^ie^, édit., 1950.

Blum (G. S.). — *Les théories psychanalytiques de la personnalité,* 1953 (traduction Rocheblave-Spenlé), Presses univ. France, édit., Paris, 1955.

Bouvet (M.). — *Le moi et la relation d'objet, « la psychanalyse d'aujourd'hui »,* Presses univ. France, édit., Paris, 1956.

Buhler (C.). — The concept of Integration and the Rorschach Test. *Journal of Projective Technique,* U.S.A., 14, 1950, pp. 315-319.

Caligor (L.). — *A new approach to Figure Drawing,* Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, U.S.A., 1957, 148 pages.

Cattel (R.-B.). — *La personnalité. Etude systématique, théorique et concrète* (trad. franç.), Presses univ. France, édit., Paris, 1950.

Cohen (J.-K.). — Etude de la tolérance à la frustration chez les schizophrènes et les mélancoliques. *Thèse,* Paris, 1953.

Delay (J.), Pichot (P.), Perse (J.), Deniker (P.). — La validité des tests de personnalité en psychiatrie. *Ann. méd.-psych.,* 1953, t. 1 et 2.

Eissler (K. R.). — Notes upon defects of ego structure in schizophrenia (18^e^ Congrès Intern. Psa., Londres, 1953). *Internat. J. Psychoanal.,* 1954, 35, pp. 141-146.

Elkirch (P.). — Diagnostic and therapeutic value of projective techniques (II). *Am. Journ. of Psychother.,* 1948, pp. 215-239.

Erikson (E. H.). — Développement du moi et modifications historiques. *Psychoanal. Study Child.,* 1946, 2, pp. 359-396.

Ey (H.). — *Etudes psychiatriques,* t. 3. La mélancolie, étude 22, Desclée de Brouwer, édit., Paris, 1954.

Federn (P.). — Ego Psychology and the psychoses. *Imago Publ.,* London, 1953, 374 p.

FREUD (S.). — *The loss of reality in neurosis and psychosis,* 1924. Collected Papers, 2, pp. 273-282, Hogarth Press, London, 1923.

GLADSTON (E. R.). — « Inconsistency and its Relations to Theories of Personality Integration. » Ph. D. Thesis, 1955, University of London Library.

GLOVER (E.). — Les degrés de différenciation du moi. *Internat. J. Psych. Anal.,* 1930, 12.

GUIRAUD (P.). — Les états d'étrangeté. *J. Psychol.,* 1952, n° 4, pp. 449-463.

HARTMANN (H.). — Commentaires sur la théorie psychanalytique du moi, *in* « Psychoanal. Study Child ». Internat. Univ. Press, édit., New-York, 1950, 5.

LÉVY et BECK. — Le test de Rorschach dans les manies dépressives. *Am. J. Orthopsych.,* 1934, pp. 31-42.

LEWIN (K.). — *Principles of Topological Psychology,* New-York, Mc Graw Hill, 1936.

LOPEZ (C.), BENOIT (G.), ABÉLY (P.). — Essai d'évolution des mécanismes de défense à l'aide de tests projectifs. *Ann. méd.-psych.,* 1956, 2, pp. 868-875.

LOWENFELD (M.). — *The Lowenfeld Mosaic Test,* Newman Neame, London, 1954, 350 pp.

MACHOVER (K.). — *Personality Projection in the Drawing of the Human Figure,* Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, U.S.A., First edition, third printing, 1953, 181 pp.

MEYER-CRINSBERG (A.) e KATZENSTEN (B.). — O teste de mosaico de Margared Lowenfeld. Deseriçao e alguns resultados obtidos em nosso neio. *Rev. de Psicol. Normal. e Patol.,* 1956, 2, pp. 251-272.

MILLON (R.). — Désagrégation du moi et schéma corporel dans la catastrophe existentielle schizophrénique. *Thèse,* Paris, 1950, 128 pages.

MORALI, DANINOS (A.) et CANIVET (N.). — *La technique du test « Z »* (Manuel). Editions du Centre de psychologie appliquée, 15, rue Henri-Heine, Paris, 16e, 1955, 120 pages.

NACHT (S.). — Causes et mécanismes des déformations du moi. Congr. Int. Ps., 1957, Paris, *Rev. f. psychanal.,* 1958.

PHILIPS (L.) and SMITH (J. G.). — *Rorschach Interpretation : Advanced Technique,* Grune and Stratton, New-York, U.S.A., 1953, 385 pp.

PHILLIPSON (H.). — *The Object Relations Technique,* Tavistock Publications Ltd., 1955, 22 pages.

PICHOT (P.). — Les tests de personnalité en psychiatrie. Rapport Psychiatrie. *Congrès Aliénistes,* Bordeaux, 1956, pages 71-161.

RAPAPORT (D.). — The theorical implications of diagnostic testing procedures. *Congres Int. Psych.,* 1950, Hermann et Cie, édit., 1950.

ROUART (J.). — Psychose maniaco-dépressive et folies discordantes. *Thèse,* Paris, 1938.

RUMKE. — *Troubles de la conscience et la personnalité chez les malades maniaco-dépressifs,* S. Karjer, édit., Berlin et Bâle, 1938.

SCHILDER (P.). — *The Image and Appearance of the Human Body*, International Universities Press, Inc, New-York, 1950, pp. 383.

STERN (E.). — Le test de Karen Machover. *Monatssch. Psychiat. Neurol.*, 1955, 129, n° 5, pp. 385-410.

SYMPOSIUM SUR LES ÉTATS DÉPRESSIFS, Paris, 21 novembre 1954. *Evol. psychiat.*, juil.-sept. 1956, n° 3, 457-585.

WALRENBURG. — Le syndrome de dépersonnalisation dans la manie et la mélancolie. *Nederl. Tjschr. V. Gences.*, 1939, 83.

WEINDT (C. F.). — Essai d'une vue psychologique d'ensemble des psychoses endogènes (schizo-cyclothymie) et des névroses. *Fortshr. Neurol. Psych.*, 1951, 8, pp. 367-388.

WERTHAM (F.) et GOLDEN (L.). — Une méthode de diagnostic différentiel pour interpréter les mosaïques et les dessins colorés. *Am. J. Psych.*, July 1941, 98, pp. 124-131.

TENTATIVE D'ETUDE GENERALE DES INCIDENCES PSYCHIATRIQUES DE L'UTILISATION DE LA CYCLOSERINE DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

A propos de 88 cas.

PAR

Guy BENOIT

Au cours du second semestre de l'année 1956 fut utilisé en France, de manière générale, un nouvel antibiotique actif à l'égard des souches tuberculeuses : la cyclosérine.

Isolée à partir du *Streptomyces orchidaceus* par Hamed et Kropp, la cyclosérine fut premièrement utilisée aux U.S.A. sous le nom d'oxamycine ; les publications américaines à son propos sont datées de 1954-1955.

Les premiers essais en France sont suivis par des publications de Ravina s'étendant sur 1955 et 1956.

Les disponibilités n'ont permis l'utilisation générale qu'à partir de juillet 1956 ; le produit donné aux malades dont nous donnerons les observations est D-cyclosérine Roche, présentée sous forme de capsules dosées à 250 mg. ; la dose habituelle considérée par les phtisiologues comme favorable en vue de la cure de la tuberculose est de 1 g. par jour, à savoir quatre capsules.

Dès que l'administration du médicament fut générale, les premiers incidents firent leur apparition, il s'agissait alors de crises convulsives avec perte de connaissance ; deux conséquences en découlèrent immédiatement qui furent fécondes puisque, à l'heure actuelle, on ne relève presque aucune crise convulsive au cours du traitement cyclosérinique.

De manière systématique sont administrés 10 cg. de gardénal

Ann. méd.-psych., 117e année, t. I. — Février 1959.

à tout malade en traitement et de plus sont écartés de ce traitement tous les malades possédant des antécédents comitiaux.

Aussi, de tels incidents sont-ils aujourd'hui sans intérêt dans la mesure où l'on sait les éviter. Au premier plan sont d'autres incidents aussi graves, d'ordre plus psychiatrique que les crises convulsives, contre lesquels nous ne sommes pas armés, et qu'il est difficile d'éviter faute d'indications psychiatriques précises.

Dans quelques cas, la psychothérapie permit de poursuivre le traitement, mais, dans un nombre relativement important de cas, 9 à 10 %, le traitement doit être arrêté, deux fois un internement doit être décidé.

Dans deux cas, l'arrêt du traitement n'a modifié en aucune façon l'évolution du syndrome mental ; un de ces deux malades que nous suivons depuis un an dans notre service est encore délirant et s'est montré rebelle à toutes les thérapeutiques psychiatriques.

C'est pourquoi il a semblé nécessaire de tenter de préciser les indications psychiatriques de ce traitement ; cette enquête n'est que partielle, elle précède une étude plus générale portant sur environ 200 cas.

D'autre part, les syndromes mentaux que nous avons observés inspirent des rapprochements avec les manifestations psychiatriques ordinaires des tuberculeux au cours de l'évolution de la maladie, à savoir des réactions délirantes au milieu.

Parmi les malades qui ont présenté des troubles psychiatriques graves, 10 cas correspondent à ce schéma sémiologique, les cinq autres malades ont présenté des états d'angoisse ou de dépression sur des terrains psychopathiques antérieurs.

Il y a donc là une sorte de réponse psychique univoque devant une drogue perturbante qui par ailleurs produit des effets qui semblent spécifiques (les crises convulsives) et, dans ces cas, ne ferait que révéler une angoisse latente.

Cette angoisse, tous les phtisiologues de sanatorium la connaissent bien, elle ne se révèle que très rarement, mais alors se résout dans un raptus suicide ou dans une fuite éperdue.

Cette réponse psychique peut être rapprochée aussi de l'attitude bien connue du vieux tuberculeux, aigri, revendiquant, terminant parfois son existence dans un délire de relation, à base d'ailleurs uniquement interprétative.

A ce propos, nous avons eu confirmation d'une impression ancienne, l'hallucination est rare chez le tuberculeux et, si elle existe, elle ne fait que confirmer des interprétations déjà bien structurées et anciennes.

Ces faits seront dégagés plus aisément aux conclusions. L'enquête a porté sur tous les malades au traitement par la cyclosérine, qu'ils aient présenté des troubles ou non ; ces malades ont été suivis assez régulièrement pendant une période de six mois environ (durée du traitement).

Il n'y a eu aucun choix initial ; si les premiers malades mis à la cyclosérine étaient de notoires résistants aux antibiotiques, dans un second temps nombre de malades neufs ont reçu ce traitement ; c'est dans ce second groupe que sont pris nos malades.

Avant de poursuivre, deux points sont à préciser : d'une part, nous ne donnerons aucune indication précise sur les lésions tuberculeuses, seulement quelques appréciations permettant de situer le problème ; d'autre part, nous ne mentionnons pas les publications antérieures sur ce sujet ; nous avons voulu avant tout analyser une impression clinique primitive, la discussion ultérieure n'en sera que plus féconde.

Tous nos malades ont reçu par jour, pendant toute la durée du traitement, 10 cg. de gardénal ; d'autres ont pris deux comprimés de solantyl.

Avant de classer nos malades suivant leur mode de réagir à la cyclosérine, nous voudrions donner un rapide aperçu des troubles banaux qui sont le lot de la plupart des malades.

Certains peuvent être mis sur le compte du traitement gardénalique :

les céphalées ;
la fatigabilité, la lassitude et le recul devant l'effort ;
l'impuissance parfois observée.

D'autres sont constants et ont été notés en dehors de toute prise de gardénal :

les troubles de l'attention sont les plus importants ; le malade sème ses objets partout, il erre dans sa chambre à la recherche d'un objet qu'il vient de poser, un nom appris quelques minutes auparavant est bientôt oublié, seuls les événements importants laissent une trace. Un malade a trouvé l'expression qui caractérise ces troubles de l'attention : ils sont des têtes de linotte ;

les troubles de la mémoire rétrograde viennent ensuite ; oubli des noms des amis anciens, recherche angoissante d'un nom, d'une expression, le vocabulaire s'appauvrit parfois ; malgré tout, ces troubles sont peu importants ;

les troubles de la lecture et de l'écriture sont en partie conséquence des troubles de la mémoire ; les malades oublient ce

qu'ils ont lu la veille, certains ne lisent plus que des articles courts ou des nouvelles. L'écriture est fastidieuse, les phrases difficiles à former, le début de la phrase est parfois oublié en cours d'écriture ;

des troubles de la thymie évoluent en même temps que les précédents. Une euphorie légère avec impression d'intelligence multipliée, parfois des jeux de mots, des plaisanteries anodines, ou bien au contraire une attitude déprimée avec dégoût de la vie, recul devant la poursuite du traitement et du séjour en sanatorium. Parfois, l'excitation psychique se mue en agressivité avec ironie et la vie en collectivité devient difficile.

Tous ces troubles sont légers.

En outre, nous devons noter que, presque constamment, ont été trouvés des troubles de l'accommodation ; au-delà, des troubles oculaires plus graves sont intervenus, mais avec une grande rareté malgré tout ; ce n'est pas là notre propos.

Il faut bien dire que les traitements par la streptomycine et le rimifon ont été marqués à leur début par des troubles banaux de ce type ; la particularité de la cyclosérine est de réaliser des troubles psychiques plus graves.

Après l'exposé de ces troubles banaux, nous donnerons un court tableau montrant les modes de réaction des malades au traitement par la cyclosérine.

	sur 89	%
	—	—
Troubles banaux, terrain non perturbé	20	23
Troubles banaux, terrain perturbé	9	10
Crises motrices ou convulsives	20	23
Syndromes mentaux graves	15	17
Troubles thymiques, excitation	6	7
Agitation et angoisse de mort	3	3
Comitialité primitive, pas d'aggravation	1	1
Psychose antérieure, pas d'aggravation	1	1
Arrêt du traitement	8	9
Internement	2	2

D'emblée, un certain nombre de malades vont être négligés et l'étude va s'organiser autour de quelques groupes importants suivant des directions de recherche.

Finalement, quatre groupes de malades seulement retiennent l'attention :

1) Le groupe ayant présenté des crises motrices ou convulsives, son analyse permet de connaître leur peu de gravité et d'établir peut-être un horaire de prise du traitement éliminant tout risque.

2) Le groupe des grands syndromes mentaux comparé au groupe des troubles banaux sur des terrains antérieurement perturbés ; ainsi pourra être précisée la limite extrême des indications psychiatriques du traitement.

3) Le groupe des troubles thymiques simples qui ont pu être traités et dont on a pu poursuivre ainsi le traitement.

4) Le groupe des graves pertes de mémoire, lesquelles disparaissent dès que le traitement par la cyclosérine est arrêté.

1) Vingt malades sur 89 ont présenté des crises motrices.

Deux ont présenté une crise d'épilepsie généralisée authentique avec perte de connaissance ; cependant, on n'a noté ni perte des urines, ni morsure de la langue ; on n'a pas eu à noter de récidives et le traitement a pu être poursuivi.

En ce qui concerne les 18 autres malades, l'on peut adopter facilement une description générale de la « crise ». Elle se produit toujours en pleine conscience ; elle peut être précédée parfois par des phénomènes optiques : flammes devant les yeux, flou de la vision, dyschromatopsie. Parfois le malade tombe, mais le plus souvent il conserve la position primitive ; alors, sans sentiment d'angoisse d'accompagnement, apparaissent des mouvements non contrôlés, ils vont des simples secousses musculaires aux mimiques ; dans quelques cas, la crise prend l'allure de frissonnements incoercibles, d'autres fois ce sont des mouvements échappés de la main se posant sur un objet et le jetant à terre.

On note aussi des mouvements involontaires des membres inférieurs ; parfois, la crise se limite à la face et c'est alors toute une série de mimiques grimaçantes.

Nous donnerons quelques exemples :

Bre..., 36 ans, est à la cyclosérine depuis six mois ; récemment il a présenté trois crises qui ont amené à stopper le traitement quelque temps. Les crises se déroulent de la manière suivante : des nausées apparaissent tout d'abord, puis il sent qu'il grimace et qu'il ne peut contrôler ses mimiques, puis se produit un mouvement de la main vers un objet et la préhension de cet objet, rien ne se produit aux membres inférieurs. Pendant tout ce déroulement moteur, Bre... éprouve le désir irréalisable de contrôler ses mouvements ; la crise dure une à deux heures.

Fo..., 57 ans, cyclosérine depuis trois mois, deux crises ; la crise est précédée par des alternances de lumière et d'obscurité, elle se déroule uniquement aux membres supérieurs ; les bras se mettent à sauter et il ne peut en aucune façon contrôler ses mouvements. La crise dure dix minutes.

Rin..., 53 ans, cyclosérine depuis quatre mois, trois comprimés. Le 20 novembre 1956, jouant aux cartes, il a senti une douleur nuquale, presque aussitôt il a dû se lever, monter sur sa chaise et danser ; régulièrement ensuite se sont reproduits les mêmes phénomènes, puis ils ont disparu sans traitement et la cyclosérine est poursuivie.

Avec des variantes, les 18 malades du groupe ont connu une telle crise, mais, avant de tenter d'analyser une telle manifestation, il est important de connaître quelques corrélatifs de cette crise.

Tout d'abord, son horaire. Pour neuf malades, on peut affirmer que les crises sont toujours survenues à jeun et la plupart de ces malades ont débuté la crise au réfectoire avant le repas, d'autres les débutent à six heures du matin.

On a soulevé à ce propos l'hypothèse d'une hypoglycémie ; nous n'avons pu faire que de rares vérifications qui ne sont pas concluantes. Peut-on apporter en tant qu'argument qu'un de ces malades était auparavant hypoglycémique et qu'il a présenté des crises plus graves et plus longues, et qu'un autre qui n'a jamais présenté que des troubles banaux est un diabétique ?

Il est certain que le sucre en ingestion ou en injection stoppe le déroulement de ces crises, mais le gardénal injecté a la même propriété.

Toutefois, on doit noter dans ce groupe de malades une plus importante proportion de mutilés digestifs que dans les autres groupes : deux malades sont gastrectomisés, un a été cholécystectomisé. On ne relève chez aucun des antécédents comitiaux, mais la plupart étaient de grands émotifs.

A propos de telles manifestations, on a pu parler à une certaine époque de manifestation hystérique et, à ce propos, on évoquait l'atmosphère d'angoisse dans laquelle le médicament était pris : les accidents présentés par les camarades, pour quelques-uns la notion de médicament de la dernière chance.

L'enquête sur les troubles psychiques du traitement par la cyclosérine est démarrée de cette hypothèse — nous avons affaire à une hystérie collective — et, au cours de l'enquête, nous avons pu, lors d'entretiens avec les malades, démystifier ces incidents ; la conséquence immédiate a été leur diminution, ce qui laisse à

penser qu'une frange hystéroïde augmentait l'importance de ces phénomènes moteurs.

Ainsi, un noyau reste et, s'il nous apparaît très favorable d'initier le malade soumis au traitement et de le rassurer, il apparaît aussi que l'on aurait avantage à déplacer les heures de prise de la capsule de cyclosérine et à la placer avant les repas ; ainsi pourraient être évités des accidents où le jeûne joue surement un rôle important.

2) Le groupe des grands syndromes mentaux.

Il est intéressant à étudier, car il réunit des malades profondément perturbés avant la mise au traitement et, d'autre part, les troubles présentés ont un aspect bien particulier.

Les malades se répartissent de la manière suivante, selon un schéma uniquement pratique :

Internement	2
Sorties sur demande ou par fugue	2
Arrêt de traitement	5
Guérison et poursuite du traitement	6

Chez 11 malades, le syndrome mental est sensiblement le même et peut se ramener à une description clinique générale.

L'observation d'Al., 24 ans, fournit ce schéma :

Ce malade, âgé de 24 ans, est au sanatorium depuis mai 1953. La tuberculose a commencé en 1951. Son existence avant la maladie a été malheureuse. Son père est mort en 1940, il vit depuis cette époque entre sa mère et son beau-père ; la mère est captatrice, trop prévenante, le beau-père indifférent. Al... est un garçon timide, émotif, attentif à sa maladie ; depuis son arrivée au sanatorium il a hanté son médecin, puis le consultant de neuropsychiatrie ensuite, venant lui présenter un bilan morbide toujours complet et parfois varié. Son cœur est volontiers tachycardique, il ressent des contractions musculaires, son sommeil est difficile ; au dehors il prenait abondamment du gardénal, la seule drogue capable de le calmer. Le 23 juin 1956, il a fait l'objet d'une intervention chirurgicale (pneumonectomie complétée par thoraco 7 côtes, 1 temps) ; le 28 juillet, une thoracoplastie très limitée. En novembre 1956, du premier au treizième jour, trois comprimés ; au quatrième comprimé brusquement s'installe un épisode d'agitation anxieuse. Il avait noté auparavant des troubles banaux, des céphalées, une hyperhidrose palmaire. Son récit est le suivant : « Le soir après le dîner je prends un café ; ce soir-là le café était suspect, je ne l'ai pas bu, j'ai pensé qu'on avait voulu me faire une farce. Ensuite j'ai entendu des camarades s'entretenir de leur acte. Ils disaient qu'ils avaient fait une bêtise, qu'ils le regrettaient ; je me

suis lancé dans des déductions ; j'ai découvert qu'on m'en voulait, et je sais qui ; les médecins étaient d'accord pour dire que j'étais fou, m'emmener à l'Asile, me faire sortir du pavillon. »

Toute la nuit qui suit cette révélation, il ne peut dormir, déambule, désire repartir chez ses parents, fait sa valise, tandis que l'angoisse monte au paroxysme. Il reçoit du gardénal intramusculaire, il se calme et dort. Au matin, les impressions délirantes sont aussi vives ; il veut partir, fuir, la voiture qui passe est l'ambulance pour le conduire chez les fous. Seule une promesse de permission le calme, il accepte alors le dialogue, se montre capable d'attendre. Deux jours après l'angoisse est dissipée, mais la critique des idées délirantes est faible, il ne critique pas les faits, il les atténue ; on a bien mis quelque chose dans son café, mais c'était sans désir de lui nuire ; plus tard, il dira : « Ce n'est pas de ma faute, c'est le médicament qui m'a rendu plus sensible. »

Le traitement a été arrêté et n'a pas été repris. Il n'a plus jamais d'accidents de ce type.

Ce malade présente un raccourci de ce qui fut observé chez les dix autres malades ; sa forme est simple, les idées délirantes claires, l'angoisse rapidement au maximum, l'arrêt dès la cessation du traitement, la critique faible d'abord, ensuite assurée des idées délirantes, la disparition totale de l'épisode.

Chez les autres, des variantes seront notées : idées délirantes plus touffues ou plus floues, agitation motrice plus grave, durée plus longue de l'épisode, absence de critique des idées délirantes, fugue ou demande de sortie.

Sba..., par exemple, a 40 ans. C'est un Nord-Africain fruste, parlant mal le français. Il a été envoyé dans un sanatorium en France bien qu'habitant l'Algérie. Pendant deux mois il a supporté sans incidents le traitement à la cyclosérine, puis brutalement a la révélation de l'hostilité de l'entourage à son égard. L'agitation motrice a été si grave qu'on a dû l'interner ; assez rapidement l'agitation a cessé, mais les idées délirantes ont persisté. Après quelques mois d'un traitement par le largactil il est considéré comme guéri et revient au sanatorium ; dès son arrivée, les idées délirantes réapparaissent, il refuse de s'alimenter alléguant des douleurs gastriques et aussi présentant des idées d'empoisonnement ; il doit être réinterné.

Nek... est un jeune Nord-Africain de 20 ans ; il est à la cyclosérine depuis deux mois, à raison de trois comprimés par jour, quand une après-midi, brutalement, au cours de la cure, hurle, se lève, court dans la chambre en proie à une terreur intense, ouvre la fenêtre et est retenu à temps par ses camarades. Nous le voyons dix minutes après, il est facile de le rassurer, et l'on apprend par bribes qu'il a

été menacé par ses camarades, qu'il ne se sent plus en sécurité dans la chambre et qu'il veut fuir ; la croyance est entière. Au cours de l'entretien il nous échappe et court de nouveau à la fenêtre ; il peut être retenu. Il ne se calme qu'après avoir reçu du largactil et du gardénal ; l'agitation reprendra le soir, elle ne pourra être résolue, et au petit matin, terrorisé, ne pouvant persister dans ce milieu hostile, le malade partira.

Chez Belh..., 36 ans, les idées délirantes s'organisent en dehors de l'angoisse ; elles se systématisent et on observe leur conséquence sous la forme de revendications écrites et de lettres expédiées à des personnalités politiques. La tuberculose a commencé en 1949 ; elle avait été précédée par une gastrectomie en 1948. Un extra-pleural avec billes a été pratiqué en 1954. Récemment il s'est montré résistant aux antibiotiques et a dû être mis de ce fait à la cyclosérine ; le traitement est en cours depuis quarante-cinq jours quand apparaissent les premiers troubles ; il est à trois capsules de 250 mg. par jour. Le début est marqué par un incident minime, une discussion avec une infirmière ; bien vite il prétend que l'infirmière l'a bousculé. Le médecin appelé a soutenu l'infirmière ; il n'en peut supporter plus ; dès ce moment il s'enferme dans sa chambre et rédige des factums enflammés dénonçant la persécution dont il est l'objet, de plus il s'érige en juge de la moralité et de la plupart des actions du sanatorium ; il nous dénonce des camarades qui violent allégremment le règlement. Pendant un mois il va perturber l'existence de son pavillon par ses déclarations et ses revendications. Il réagit violemment dès que l'on veut arrêter son traitement. « Nous, les malades à la cyclosérine, dit-il et écrit-il, devons être traités avec beaucoup de ménagements car nous sommes des hypersensibles. » Il est impossible d'obtenir une critique des idées délirantes, et le malade sortira après un mois, bien décidé à contacter des personnalités politiques à Paris afin de se faire rendre justice.

Ainsi, se dégage un schéma général : angoisse, réaction hostile au milieu, désir de fuite ; dans les premiers temps, nous avons pu croire qu'il s'agissait d'une réaction spécifique au traitement par la cyclosérine ; or, durant le temps que cette enquête était menée, nous avons pu voir deux malades qui n'avaient reçu aucune capsule de cyclosérine et qui présentaient un syndrome délirant analogue.

Guer..., âgé de 24 ans, est un Nord-Africain évolué, résidant en Agérie jusqu'à l'apparition d'un infiltrat (il est arrivé dans un sanatorium français en 1956). En juin 1957, après un traitement par les antibiotiques, la guérison de la tuberculose est pratiquement acquise. Le malade est en fin de cure et attend son visa pour repartir en Algé-

rie. Brusquement ce malade, qui n'a jamais fait parler de lui, devient sombre, réservé, évite ses camarades. Il passe de longues heures dans une chambre ou dans le parc, jouant les mêmes airs sur son violon. Si on l'interroge, il rompt le dialogue en déclarant qu'il est un grand homme. Un après-midi, alors qu'il joue dans une chambre, un camarade entre et l'écoute. Gue... se lève alors, furieux, frappe ce camarade et le met à la porte ; c'est à la suite de cet incident qu'il est envoyé à la consultation de neuropsychiatrie. Il accepte de répondre aux questions et nous expose des idées délirantes très dépouillées : il y a peu de temps, il a cru remarquer une attitude hostile ou méprisante des autres malades à son égard ; rapidement il a surpris des conciliabules sur son passage, tout le monde est au courant désormais. Il a surpris des allusions blessantes : il est une femme, il se comporte comme une femme, il ne peut plus rester dans un milieu qui le rejette de cette façon. Tant que le malade reste au sanatorium, les idées délirantes ne se transforment pas. Sa présence étant indésirable au sanatorium, ce malade est interné dans notre service à Vaucluse ; en une semaine les idées délirantes disparaissent et le malade critique son attitude dans le milieu sanatorial.

Gir... est âgé de 52 ans, il est au sanatorium depuis juin 1954. Nous le voyons en novembre 1956, il n'a reçu à ce moment aucun traitement extraordinaire et n'a pas pris de cyclosérine. Depuis peu de temps il est angoissé et se sent mal inséré dans le milieu sanatorial ; il a surpris des remarques sur son passage : « Il est un homosexuel, il se masturbe toute la journée, il a des relations sexuelles avec sa fille. » Le début de ce délire est une ivresse au début du mois de novembre 1956, il y a environ vingt jours. Il sent autour de lui le milieu sanatorial très hostile et demande à partir. L'existence avant la maladie a été traumatisante. Il s'est marié à 22 ans ; sa femme était enceinte, il l'a prise quand même, mais il a dû divorcer cinq ans après. Remarié en 1930, il a divorcé à nouveau en 1954. Un oncle a été interné autrefois. Là encore le syndrome délirant s'est déroulé sous sa forme habituelle : angoisse, idées délirantes de rejet, impression d'hostilité du milieu ambiant. Ainsi, on retrouve chez le tuberculeux non soumis au traitement par la cyclosérine des syndromes mentaux presque semblables à ceux qui sont la conséquence de l'administration de la cyclosérine ; il semble bien, dans ces conditions, que nous ayons affaire, non à une réponse spécifique à la drogue, mais à une réponse spécifique du malade tuberculeux.

Il semble, de plus, possible de rapprocher ce sentiment d'angoisse des syndromes mentaux observés chez des tuberculeux qui ont dû être internés au début de la maladie, la maladie tuberculeuse n'étant parfois pas même connue.

Mais ceci fait partie d'une autre étude.

Là, pourtant, n'est pas le seul intérêt de cette étude clinique. Pour les 15 malades qui ont présenté des syndromes mentaux graves, une observation biographique a été obtenue qui montre combien ces malades étaient déjà profondément perturbés avant la mise en route du traitement.

Pour les 11 malades ayant réalisé la crise d'angoisse avec sentiment d'hostilité du monde extérieur, les observations données ci-dessus montrent déjà une biographie perturbée.

Un malade va montrer au maximum comment l'on peut passer presque sans secousses de l'état antérieur à la crise d'angoisse avec revendications et au terme fuite.

Bes... est âgé de 40 ans ; il est entré au sanatorium en mars-avril 1956 ; il est porteur d'une tuberculose grave et le sait. Il est très réticent sur son histoire et ne nous expose que l'histoire de sa maladie. Marié en 1949, il assiste à la naissance d'un fils un mois et demi après ; peu de temps après sa femme le quitte. La tuberculose date de cette époque. Il a été traité à l'hôpital Villemin, à Nancy. Il rapporte qu'au réfectoire il s'est laissé un jour aller à la colère et il a été interné à Maréville ; traité au pavillon sanatorial de l'Asile il est sorti sans que l'on puisse savoir s'il s'est évadé ou non. Il a parcouru ensuite divers sanatoriums.

A l'examen il est amer, méfiant, réticent même ; il a peur du psychiatre, cependant il est possible d'établir avec lui un contact. Malgré tout il est pessimiste, il est une victime de la société ; par ailleurs, il sait bien que sa tuberculose ne guérira pas, ce en quoi il raisonne juste. Mis aux antibiotiques ordinaires, il garde une attitude méfiante mais tolérable pour la collectivité ; les incidents graves ne surviendront que lors de la mise en route du traitement cyclosérinique.

Nous le voyons deux mois après le début du traitement. Il a pris quatre capsules de cyclosérine à 250 mg. par jour ; le jour de l'examen il n'a pas mangé depuis deux jours et semble décidé à poursuivre sa grève de la faim. Depuis deux jours aussi il injurie les infirmières et les médecins, mais il se limite aux violences de langage. A l'examen, il se veut le plus impoli possible, sa rancœur explose, et aussi sa crainte de l'internement ; cependant il acceptera un entretien. Plus que l'agressivité se manifeste tout d'abord l'angoisse : « Je vais crever, crever ici ou à l'asile, on m'a bien dit que je ne resterai pas là », et aussi cette angoisse du rejet qu'il a connue toute sa vie. Il sent que tout le monde lui est hostile : les médecins et les infirmières, et si l'on a demandé au psychiatre de le voir ce n'est pas pour rien. Il est impossible de rectifier une telle attitude délirante et ce malade p[illegible]ira rapidement.

Les autres malades de ce groupe montrent une biographie per-

turbée et, de leurs observations, l'on peut parvenir à tirer un schéma type qui permettra de poser les indications psychiatriques du traitement par la cyclosérine.

Tous ont eu une enfance difficile, un des parents est mort alors qu'ils étaient enfants, parfois les deux ; ils présentent le plus souvent une tuberculose relativement grave, même lorsqu'on se trouve au début de l'évolution. Nombreux sont ceux qui sont des mutilés du poumon, de la thoracoplastie à la pneumonectomie.

Sur le plan psychique, il s'agit de personnages ayant eu la plus grande difficulté à s'insérer ou dans un milieu social ou dans un métier ; ils présentent le plus souvent une sensibilité accrue : ce sont ou des émotifs ou des pessimistes ; des antécédents psychiatriques sont parfois relevés.

Certains d'entre eux réalisent le tableau même du déséquilibre psychique.

L'attitude générale est auparavant revendicative et cela sur deux plans : soit le social, les réclamations éclatant à propos des repas, des camarades ; soit le somatique, effectuant des bilans morbides constants qui sont présentés au médecin à chaque entretien.

Ces malades n'ont pas bu auparavant et ne boivent pas pendant le traitement.

De ce tableau, des indications peuvent être tirées : on aura avantage à ne pas donner un traitement cyclosériné aux malades à biographie traumatisante et qui sont des revendicateurs ordinaires ; on exclura aussi les grands émotifs.

L'examen d'un groupe de neuf malades perturbés auparavant, mais qui n'ont pourtant présenté aucun incident psychique grave, va permettre de préciser ces indications.

Ces malades sont souvent des émotifs, mais ils sont rarement des revendicateurs ; de plus, leur biographie est moins perturbée que celle des malades de l'autre groupe.

Ceux-ci sont fixés le plus souvent dans leur famille ou dans leur métier.

De plus, parmi les plus perturbés, les excès éthyliques apportent une compensation valable et, parmi les 15 malades qui ont présenté un syndrome mental grave, pas un ne buvait.

Il semble donc que l'on puisse mettre un émotif à un traitement par la cyclosérine, à la condition qu'il présente au dehors une insertion familiale et professionnelle satisfaisante.

Les quatre malades qui ne se sont pas conformés exactement

au schéma clinique décrit s'en rapprochent malgré tout par l'intensité de leur angoisse. Les quatre observations méritent d'être rapportées.

Au... est âgé de 30 ans ; il est atteint d'une tuberculose grave et, avant d'être mis à la cyclosérine, était résistant à la streptomycine et au rimifon. Il a fait l'objet de plusieurs interventions chirurgicales graves pendant le mois d'août de l'année 1956. L'examen se situe en octobre et en novembre 1956. En octobre 1956, il prend par jour trois comprimés de cyclosérine depuis deux mois. Fils unique, il a vécu entre son père et sa mère, celle-ci qu'il adore, car elle se dévoue pour les enfants. Technicien dans une usine d'aviation, il se marie à 23 ans et c'est la rupture avec sa mère, celle-ci, étant jalouse, a tenté de freiner le mariage, la femme a évité de revoir la belle-mère. Sa femme est de deux ans plus âgée que lui, elle est décidée et autoritaire, elle est comptable. La première grossesse a été voulue de part et d'autre, la seconde a été mal acceptée et la troisième a déclenché la rupture, la femme est partie. La tuberculose a débuté entre la seconde et la troisième grossesse ; il a contaminé sa femme. Depuis deux ans il vit avec une amie, elle a neuf ans de moins que lui ; c'est une fille-mère, elle est jeune, et il pense pouvoir la modeler, ainsi il sera le patron. Les parents ont vu d'un bon œil cette seconde union et il est rentré en grâce auprès d'eux. Il est à l'ordinaire un indécis, un incompris aussi ; il a toujours eu la plus grande difficulté à assumer une existence d'homme. Au sanatorium il se sent dans une relative sécurité ; il a cependant appris il y a quelques mois que l'amie actuelle se disposait à le quitter. Elle est d'ailleurs partie et il n'a plus de nouvelles. Pendant quelque temps il a bien supporté la situation, se contentant d'être un malade en traitement et désirant guérir. Le traitement à la cyclosérine fait apparaître un état nouveau. Il ne mange plus, n'a pas faim ; très rapidement il maigrit et de façon importante, il est apathique et se désintéresse de toutes choses. Il évolue vers une dépression confirmée, il se sent dans un état de rêve, il ne sait plus discuter, il refuse la présence des camarades. Ce n'est même pas du désarroi, c'est l'évolution vers un état d'immobilité dont il fixe d'ailleurs la date dans le temps : « J'ai arrangé ma chambre comme elle était quand j'étais jeune homme. » Il veut qu'on l'oublie, que le temps s'arrête, il veut se désintéresser. Devant cet état le traitement est arrêté et rapidement l'état dépressif régresse. Ainsi a-t-on vu se constituer chez un prédisposé, schizoïde habituel, une sorte d'état de régression presque schizophrénique, qui a disparu d'ailleurs dès l'arrêt du traitement.

Alt... a 28 ans. Malade depuis 1951, il est au sanatorium depuis cette époque. La thérapeutique a mal débuté ; il s'est soigné d'abord chez lui, puis, devant la gravité de la tuberculose, on a dû se résoudre à

des interventions chirurgicales importantes : un extra-pleural, une thoracoplastie de six côtes, une spléotomie, et récemment une pneumonectomie. Issu d'une famille dissociée, belle-mère, il s'est marié en 1953 ; il n'a, dit-il, jamais eu de difficultés avec sa femme. Avant sa maladie il a pratiqué divers métiers, tous mal définis. Une petite fille est née en 1954. Bien que marié, il mène au sanatorium l'existence d'un enfant ; c'est la femme qui travaille pour élever l'enfant, il a pleinement conscience de cette situation et en souffre. L'évolution de la maladie est fatale, et il s'y résigne, rencontrant là la seule solution à ses problèmes.

Après une semaine de traitement par la cyclosérine, il s'est senti désemparé, désorienté, indifférent au monde et à tout ce qui l'entourait. Puis est apparu une sorte d'état de rêve, avec du mentisme, une impossibilité de comprendre les paroles qu'on lui adressait ; le livre qu'il lisait voyait ses lettres se déformer, l'histoire changer. Il avait l'impression d'un univers étrange, sans attache avec le monde, où rien n'importait, et qui ressemblait à l'immobilité de la mort. Chez ce malade, voué à une issue fatale, vivant sa maladie dans le désespoir, la cyclosérine a favorisé l'apparition d'un état de rêve où se réalisaient tous les désirs d'échapper à la réalité du malade. Dès que la dose de cyclosérine a été abaissée à trois capsules par jour, Alt... a retrouvé une partie de son dynamisme.

St... a 23 ans, sa tuberculose évolue depuis 1952. Le traitement a pour lui aussi très mal débuté. Soigné d'abord en hôpital, il a été repris par ses parents. En 1953, il a passé neuf mois en sanatorium mais a dû interrompre le traitement pour recevoir des injections de B.T.M. préconisées par les parents. Il est resté dehors jusqu'en 1955, une hémophysie l'a poussé au sanatorium. A ce moment la tuberculose est bilatérale et grave. Une segmentectomie bilatérale en un seul temps est exécutée par une méthode originale, elle ne résout rien et il a fallu réintervenir en juin 1957. Ce malade a été mis à la cyclosérine le 9 septembre, nous le voyons le 22. Avant ce traitement c'était un garçon débile, à la parole et à la pensée lentes, au contact froid. Après deux semaines de traitement, son faciès est figé, ses gestes ralentis, il est quasi-dysarthrique, il ne répond pas aux questions et ne pose qu'une seule question anxieusement répétée : « Va-t-on me laisser repartir chez mes parents ? » Il présente ce syndrome d'anxiété observé souvent chez les débiles, avec répétition d'une question, autodépréciation mal systématisée et méfiance à l'égard de l'interlocuteur. Longtemps après l'arrêt du traitement un tel état persistera.

Van... est âgé de 55 ans. Sa tuberculose est récente et c'est sa première entrée dans un sanatorium. Il est arrivé en juin 1957. D'emblée il a été mis au traitement par la cyclosérine et ç'a été le drame. Un vieux conflit a repris brusquement son actualité brûlante entre sa femme et lui ; tout le personnel de son pavillon est alerté à l'exposé

de ses projets de vengeance : il va aller tuer cette femme. Les griefs sont minces : vivant depuis dix-sept ans avec elle, celle-ci semble l'avoir abandonné à l'amiable, emmenant avec elle son fils. Or, cet enfant est la bonne action de Van... Il l'a adopté et lui a donné son nom bien qu'il ne soit pas de lui. Il accuse sa femme de trafic de drogue, de corruption de médecin, il la menace de manière si précise que l'on a peur qu'il ne s'évade pour la tuer.

Nous voyons ce malade en juillet 1957, un mois après le début du traitement ; il est d'abord réticent, se défend de participer au dialogue, répète ses menaces, puis lentement laisse apparaître son désarroi. Il est en réalité déprimé ; cette maladie inattendue le fait douter de lui et de sa vigueur, son seul désir profond est de mourir. S'il veut tuer sa femme, c'est pour être condamné à mort ensuite. Au cours de l'entretien il apparaît surtout comme un hystérique dont la féminité est latente et se révèle dans cette confidence : en réalité il ne veut pas tuer sa femme, mais la défigurer ; dès ce moment sa féminité lui est révélée et il abandonne tout projet. Quelques entretiens suffisent à faire disparaître cet état de dépression. A aucun moment la cyclosérine n'a été arrêtée ; la tuberculose, qui semblait une forme grave, est en voie de régression et il organise sa sortie, pensant même à un centre de post-cure, où il pourra apprendre un métier d'assis. Chez cet homme, hystérique bien compensé, le traitement par la cyclosérine a déclenché une manifestation théâtrale, bien dans la note d'un tel personnage.

Ces observations nous montrent que la réaction psychique du tuberculeux au traitement par la cyclosérine se fait non pas suivant le génie du médicament, mais selon un schéma que l'on retrouve, quoique plus rarement, chez d'autres tuberculeux, et qui est la réalisation dramatique de toute une biographie perturbée.

3) Nous relaterons brièvement l'histoire des troubles thymiques qui ont pu survenir au cours d'un traitement par la cyclosérine.

Ils se produisent tous sous la forme d'un état d'excitation qui confine parfois à la manie ; chez la plupart des malades, on note un besoin constant de déambuler, de chanter ou de crier.

En même temps apparaît une impression d'activité intense, de l'intelligence et du corps. Tout peut être fait et souvent, à ce stade, le malade entreprend des travaux qui ne sont pas compatibles avec la cure.

Les plaisanteries sont fréquentes, toujours aux dépens d'autrui ; elles sont féroces et bien ajustées, comme chez le maniaque.

Le sommeil est rare, mais il n'existe aucune impression de fatigue.

Le réveil de l'appétit sexuel, même au-delà de 50 ans, n'est pas rare.

Pourtant, un tel état est habituellement compatible avec la vie en collectivité ; de temps à autre, un malade réalise un véritable état maniaque. L'observation suivante en témoigne :

Mes... est âgé de 22 ans ; il vient de Constantine pour traiter sa tuberculose en France. En juin 1957, époque où est apparu l'état maniaque, il est à quatre comprimés de cyclosérine par jour depuis février 1957. Depuis quelques jours ce malade déambule, exprime sa joie, éveille la nuit ses camarades de chambre afin de leur faire des confidences baroques ; il est difficile d'engager un dialogue avec lui car il s'échappe perpétuellement ; il y a une logorrhée continue et presque imperméable. Le comportement est lucide. Sans arrêter le traitement à la cyclosérine le malade prend 400 mg. de largactil par jour. Très rapidement l'excitation cède ; elle réapparaîtra lors d'une baisse prématurée des doses de largactil, elle disparaîtra ensuite à une reprise des doses primitives. A l'heure actuelle ce malade est calme, le traitement n'a été en aucune façon interrompu.

Ainsi, l'expérience démontre que, lorsque les malades à la cyclosérine présentent un état d'excitation, il est inutile d'arrêter le traitement, il ne s'agit que d'un incident banal ; dans les rares cas où l'état d'excitation prend l'allure d'un accès de manie, l'usage du largactil à dose convenable, à savoir 4 à 500 mg. par jour pendant 10 à 15 jours, permet d'obtenir une sédation totale des troubles.

Sur nos 89 malades, seulement six ont présenté ce trouble.

4) Il convient de traiter à part des troubles de la mémoire, quinze malades en ayant présenté de relativement graves.

Sur le plan clinique, il s'agit plus peut-être de troubles de l'attention que de troubles vrais de la mémoire.

La lecture est difficile, la compréhension de l'intrigue d'un roman est quasi-impossible, tout ce qui a été lu auparavant est aussitôt oublié.

Dans la vie courante, le malade égare sans arrêt tous ses objets personnels et les retrouve de même, pour les reperdre aussitôt.

Chez quelques malades, il y a eu des troubles de la mémoire rétrogrades, des trous dans leur passé.

Au maximum, il y a ralentissement de la pensée, oubli des mots, erreurs fréquentes, puis des mots en remplacent d'autres et le langage en souffre.

Chez un malade, au maximum, on a obtenu un état confusionnel qui a régressé dès l'arrêt du traitement par la cyclosérine.

Avant de tirer les conclusions de cette étude clinique, nous voudrions noter un point important. Une seule observation complète a prouvé ce qui suit, mais des conversations avec les médecins du sanatorium semblent le confirmer.

Il n'y a, semble-t-il, aucun danger à mettre un comitial, même confirmé, à la cyclosérine. Il est bien entendu nécessaire de prendre un certain nombre de précautions : soit donner des antiépileptiques à plus forte dose que chez les autres malades, soit renforcer le traitement de base que pratique le malade depuis longtemps.

A ces conditions, il ne se produit aucun incident, si ce n'est des céphalées dans les premiers jours du traitement.

Nous ne ferons que résumer maintenant ce qui nous apparaît être les conditions d'application de la cyclosérine aux tuberculeux.

Dans un premier temps, mieux vaudra s'abstenir de mettre au traitement par la cyclosérine des malades dont l'existence antérieure a été traumatisante ; aussi fastidieux que cela puisse paraître, il sera intéressant de connaître à fond la biographie des malades destinés à ce traitement.

Les émotifs, dont l'insertion familiale et professionnelle est mauvaise, seront exclus, de même tous les malades ayant déjà présenté des troubles mentaux, et cette exclusion est formelle.

Il sera heureux d'attendre lorsqu'on apprendra qu'il existe un conflit familial ou conjugal grave.

Pourtant, il ne s'agit que de nuances et il est possible d'essayer le traitement chez ces malades, mais prudemment et en s'employant à les rassurer.

Le traitement doit être stoppé au premier signe.

En opposition à ce groupe, dans tous les autres cas, accidents moteurs, même graves, troubles thymiques, troubles graves de la mémoire, le traitement peut être poursuivi sans inconvénients, à la condition pourtant de :

1) Devant des malades présentant des accidents moteurs :

modifier les horaires de prise de capsules, afin que les malades ne soient jamais à jeun lorsque la cycloséronémie sera à son maximum ;

augmenter les doses de gardénal, les porter de 10 cg. à 15 ou 20 cg. par jour par exemple ;

diminuer provisoirement les doses de cyclosérine données au malade.

2) Devant les troubles thymiques :

surveiller leur évolution ;

donner au malade une dose faible de largactil s'ils restent légers ;

instituer un traitement par 400 et 500 mg. de largactil par jour dès que l'excitation rend impossible la vie en collectivité.

3) Devant les troubles de la mémoire :

exposer aux malades leur réversibilité ;

demander aux infirmières et aux camarades de rendre la vie plus facile à ces malades toujours à la recherche d'un objet personnel, d'un mot.

Dans tous les cas, il conviendra de se montrer rassurant et d'instituer une sorte de privilège des malades à ce traitement, de leur donner la possibilité de voir leur médecin plus fréquemment.

A ces conditions, le traitement par la cyclosérine peut être mené sans grands incidents.

Avant de terminer, nous voudrions insister sur l'originalité des syndromes mentaux graves qui ont été observés au cours de ce traitement ; alors que les troubles de la mémoire, les accidents moteurs, les troubles thymiques semblent une simple réponse à l'administration d'un médicament perturbant et sont spécifiques de cette drogue, par contre les troubles mentaux s'apparentent à ceux présentés le plus souvent par le tuberculeux ; il y a donc là quelque chose de différent, la cyclosérine n'a qu'un simple rôle déclenchant et l'angoisse se déroule ensuite suivant son génie propre.

Sur le plan de la psychiatrie et de la phtisiologie, c'est là peut-être le seul apport théorique de la cyclosérine ; il est malgré tout important, la drogue agissant comme révélateur de cette angoisse profonde du malade tuberculeux à l'extrémité d'une existence mal assise, mal insérée et qu'il sent vouée à l'angoisse, à la maladie et dans quelques cas à la mort.

Eviter l'internement.

(*Travail du sanatorium de Villiers-sur-Marne*
Médecin-Directeur : Dr A. Bocquet)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance clinique du 12 janvier 1959

Présidence : M. L. MARCHAND, ancien président

Microgyrie hémisphérique unilatérale droite par encéphalopathie pseudo-kystique multiloculaire, par MM. L. Marchand, P. Scherrer et N. Bize.

Les arrêts de développement cérébral peuvent être si divers que bien des cas restent difficiles à situer. On constate le processus dystrophique et on ne peut faire que des hypothèses sur le mécanisme pathogénique. Il en est ainsi pour une encéphalopathie infantile caractérisée par la présence de multiples cavités ou lacunes dans les hémisphères cérébraux, et que l'on désigne sous les termes de « ramollissements kystiques multiples du nouveau-né, d'encéphalopathie dégénérative progressive, de porencéphalie encéphaloclastique, de polyporencéphalie, d'encéphalomalacie multiloculaire ». Dans la plupart des cas, les cavités intéressent les deux hémisphères et sont symétriques, cependant elles peuvent n'occuper qu'un seul hémisphère [cas Wohlwill (1)], comme dans l'observation que nous présentons. Elles se localisent au cortex et à la substance blanche sous-corticale ; elles occupent de grandes aires corticales, entraînant une microgyrie secondaire ; le lobe temporal est généralement moins touché que les autres aires cérébrales. Si les noyaux gris centraux ne présentent pas de cavités, ils sont toutefois très diminués de volume. Le cervelet a un volume normal et n'est pas le siège de lacunes.

Les lésions histologiques consistent en une nécrose du parenchyme cérébral sans aucun caractère inflammatoire, créant des cavités irrégulières séparées par de fins tractus conjonctivo-névrogliques. Le processus est progressif ; à côté des zones envahies, on en observe dans lesquelles des cavités sont en voie de développement.

L'enfant meurt quand il atteint quelques mois ou quelques années.

Nous rapportons un cas d'autant plus rare et important qu'il n'intéresse qu'un seul hémisphère, ce qui permet d'éliminer certaines hypothèses étiologiques formulées à propos des cas dans lesquels les lésions occupent les deux hémisphères.

Observation. — Gérard R..., hospitalisé à l'hôpital psychiatrique d'Auxerre le 16 février 1953, à l'âge de 7 ans, est décédé le 22 août 1956 à l'âge de 10 ans.

Antécédents héréditaires : son père et sa mère sont bien portants. Il a un frère qui est âgé actuellement de 13 mois, qui se développe normalement.

Les antécédents personnels de G. R... sont chargés. L'accouchement a été normal, mais dès les premières semaines il a commencé à vomir tous ses biberons. Un médecin spécialiste pour les affections gastro-intestinales fut consulté et n'a rien trouvé de particulier dans l'état physique de l'enfant. A l'âge de 15 mois, la mère s'est aperçue que son enfant avait un développement mental anormal, qui s'accusa dans la suite. Elle le garda cependant jusqu'à l'âge de 6 ans. C'est alors qu'il fut hospitalisé à l'hôpital psychiatrique d'Auxerre, où on constate à l'entrée un retard intellectuel important et des troubles du comportement. Il fut alors confié à l'Institut pédagogique.

Le 9 septembre 1954, Gérard R... présente un syndrome méningé accompagné de vomissements alimentaires, la température s'élève à 39°3 et une première crise épileptique a lieu. Une deuxième crise survient la nuit suivante.

Le lendemain matin, le syndrome méningé a disparu et on ne constate aucune séquelle neurologique. Une ponction lombaire est pratiquée ; elle donne : albumine, 0,20 ; lymphocytes, 2 ; chlorures, 6 g. 80. On ne constate aucun élément microbien et la culture se révèle négative.

Quinze jours après cet épisode, l'enfant vomit par la bouche deux ascaris. Il reprend normalement ses cours à l'Institut pédagogique.

Le 7 février 1955, G. R... présente une série de crises épileptiques généralisées subintrantes de 11 heures du soir à 8 heures du matin. A la fin de cet état de mal, les mouvements convulsifs deviennent plus accusés du côté gauche. On note alors de la polypnée ; tirage sus-sternal ; battements des ailes du nez ; teint cendré, sueurs profuses, bave ; cornée vitreuse ; abolition totale des réflexes à l'exception du cornéen, qui reste faible ; quelques rares mâchonnements, trémulation des membres supérieurs et inférieurs gauches. Le pouls est à 140. Pas de syndrome méningé. Température : 41°.

Traitement : plasma en perfusion intraveineuse, largactil, ouabaïne, cortisone. L'enfant est mis sous tente à oxygène.

Le soir même, à 21 heures, le syndrome considéré comme neuro-toxique s'est amélioré : la tête et les yeux sont déviés vers la gauche, on constate une hémiplégie gauche avec abolition des réflexes. La face ne paraît pas atteinte.

Le traitement comprend un million d'unités de pénicilline, un gramme de streptomycine, 0,50 de typhomycine.

Le 9 février 1955, examen de sang : globules rouges, 4.290.000 ; hémoglobine, 82 % ; valeur globulaire, 0,99 ; globules blancs, 24.000. Légère anisocytose et anisochromie. Azotémie, 1,45. Protides totaux, 90. Point cryoscopique, 0,67.

Le 10 février, les réflexes sont réapparus dans le membre inférieur gau-

che ; persistance du signe de Babinski. Monoplégie brachiale gauche. L'enfant sort de son coma, réclame à boire, parle aux infirmières. Les perfusions sont suspendues. Apparition d'une escharre trochantérienne droite.

Examen des urines : albumine, 1 g. 80 ; glucose, néant ; cylindres granuleux nombreux. Au Gramm, pas de germes apparents. Culture négative.

Le 11 février même état, mais il persiste quelques trémulations des lèvres et quelques myoclonies du membre supérieur gauche. Le réflexe cutané plantaire gauche est indifférent. La température qui avait fléchi à 38° remonte à 39° le matin. L'azotémie sanguine est descendue à 0,55. Aucune autre particularité dans la numération globulaire.

Le 12 février, l'hémiplégie ne s'est pas modifiée, mais on note une amélioration importante de l'état mental. L'enfant boit et mange normalement. On substitue à l'association pénicilline-streptomycine un gramme d'érythromycine, pour agir sur la surinfection possible.

Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,22 ; lymphocyte, 0,25 ; glucose, 0,60 ; chlorures, 7,60. Benjoin : 00000.01121.00000. Bactériologie : Ziehl négatif ; au Gramm, pas de germes apparents.

Le 13 février, G. R... retombe dans un coma vigile avec conservation de la déglutition. On note, du côté gauche, paralysie, le clonus du pied, le signe de Babinski et une exagération du réflexe rotulien. L'examen des urines décèle encore 1 g. 60 d'albumine.

Malgré un fond d'œil normal, un liquide céphalo-rachidien normal, en présence d'un syndrome spasmodique gauche et la réapparition de l'obnubilation après une amélioration notable, on demande un complément d'examen spécialisé chez cet enfant atteint de crises comitiales paraissant cryptogénétiques.

G. R... est transféré le 14 février à l'hôpital des Enfants-Malades, où le diagnostic envisagé d'abord est celui de sclérose tubéreuse de Bourneville. A son entrée, il est dans un coma peu profond ; il est très amaigri, avec une petite escharre à droite. L'hémiplégie gauche est complète, le fond d'œil est normal. L'électro-encéphalogramme décèle un tracé dysmétrique, plat à droite.

Une ventriculographie montre que seul le ventricule gauche est injecté ; l'air ne passe pas dans le III^{e} ventricule, ni dans le ventricule droit, malgré différentes manœuvres. Le ventricule gauche est nettement déplacé vers la droite.

Ces examens entraînent comme diagnostic : présence d'une masse tumorale du côté droit. L'intervention est pratiquée le 16 février, au niveau de la région temporo-occipitale droite. Comme à l'ouverture de la dure-mère on ne note qu'un œdème cérébral sans tumeur, l'intervention se limite à cette exploration.

Après l'intervention, l'enfant sort progressivement de son coma sans modification de l'hémiplégie gauche ; la paralysie du membre supérieur gauche est flasque, le membre inférieur est en flexion. On note une amélioration de l'état mental, G. R... parle facilement.

Deux mois après l'intervention, il est retransféré à l'hôpital psychiatrique d'Auxerre. Il est remis au traitement anti-comitial (gardénal, tartrate). On ne note aucune modification de son état, aussi bien neurologique que psychique.

Le 20 août 1956, état de mal hyperthermique. Décès le 22 août 1956.

Encéphale. Examen macroscopique.

Hémisphère droit. — Poids : 315 g. Microgyrie généralisée : destruction presque complète du cortex, qui est remplacé par des cavités renfermant une substance gélatineuse, blanchâtre ; nécrose des régions sous-corticales intéressant toutes les régions fronto-temporo-occipitales droites (fig. 1). Une pie-mère épaissie recouvre les régions ramollies.

Sur une surface d'une pièce de 5 francs comprenant la région postérieure du lobe temporal et la région antérieure du lobe occipital, la dure-mère et la pie-mère sont intimement soudées (adhérences probablement consécutives à l'intervention chirurgicale).

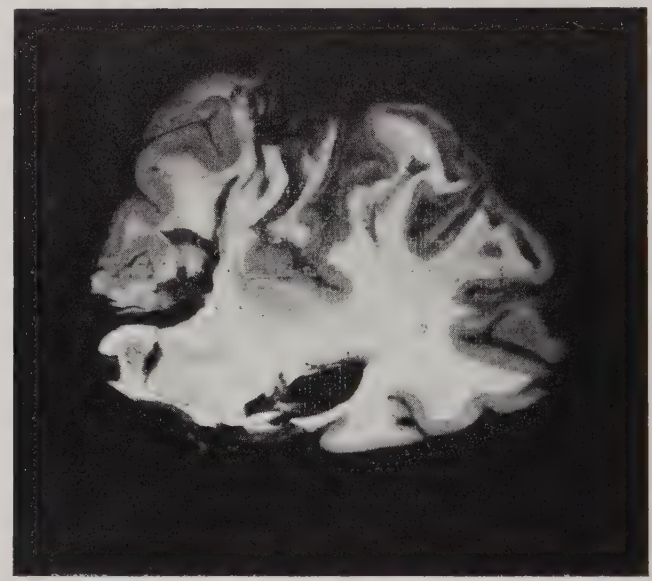

Fig. 1. — Coupe transversale de l'hémisphère microgyrique au niveau de la partie antérieure du noyau strié.

Le lobe temporal est relativement moins atrophié que les autres régions du cerveau, seule la première temporale est très microgyrique. Le pôle paraît respecté. Le ventricule latéral est très dilaté au niveau de la corne occipitale, il l'est beaucoup moins au niveau de la corne frontale. Les noyaux gris centraux sont également atrophiés, mais le thalamus l'est moins.

Hémisphère gauche. — Poids : 595 g. Cet hémisphère est très développé macroscopiquement. On a l'impression qu'il a compensé l'atrophie de l'hémisphère droit. Pie-mère extrêmement mince, la décortication est difficile. Sur coupes, les circonvolutions et les noyaux gris centraux ont un volume normal. Le ventricule latéral n'est pas dilaté.

Tronc cérébral : la protubérance est asymétrique, sa moitié droite est plus petite.

Cervelet et bulbe. — Ils pèsent ensemble 140 g. Le lobe cérébelleux gauche est plus petit que le droit (atrophie croisée). Sur coupes, aucun foyer de nécrose. Le plancher du IV[e] ventricule est normal.

Examen microscopique.

Hémisphère droit (microgyrie). — La pie-mère très épaissie est, par endroits, intimement adhérente au cortex. Elle est formée d'un tissu lâche

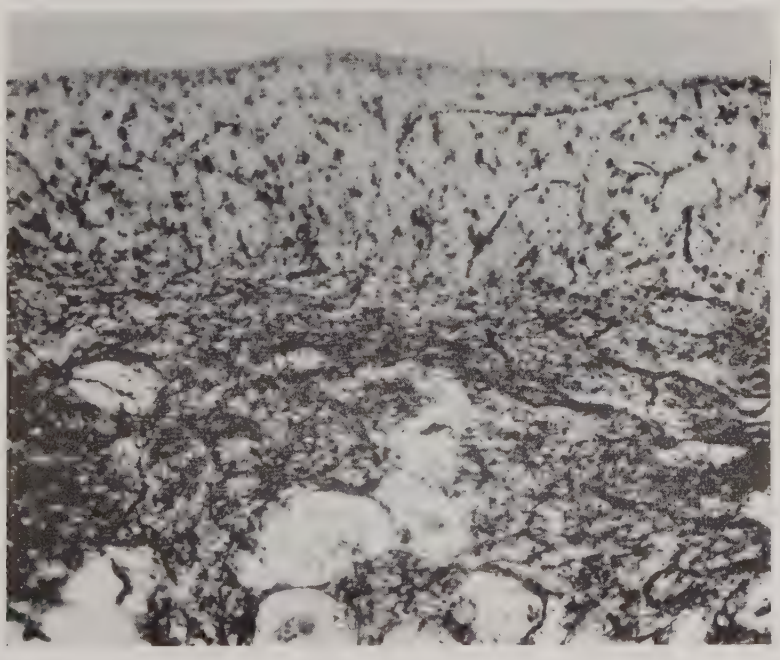

Fig. 2. — Région corticale et sous-corticale, début des cavités. Méth. de Penfield. Photo-micro, diam. 325

de fibres conjonctives, dans les mailles desquelles se trouvent de nombreux macrophages très disséminés. Dans la région temporo-occipitale droite, sur une surface d'une pièce de 5 francs signalée macroscopiquement, dure-mère, pie-mère, cortex adhèrent entre eux. Les vaisseaux méningés sont nombreux et leurs parois ne présentent aucune lésion.

Les coupes concernant le cortex présentent deux aspects différents suivant qu'elles intéressent ou non les régions présentant des cavités.

Dans l'un, le cortex a conservé une certaine apparence de couches superposées ; dans l'autre, il a perdu complètement son architectonie.

Dans les régions corticales concernant le premier aspect, on note la

conservation de la couche moléculaire, qui est formée d'un tissu névroglique très dense comprenant seulement des astrocytes sans autres éléments. Dans une deuxième couche, on note la présence d'astrocytes et de cellules ganglionnaires très petites et clairsemées. Celles-ci ont un noyau entouré d'une mince couche de cytoplasma clair, peu granuleux ; leurs prolongements sont très réduits. Une troisième couche a une apparence granuleuse et est formée de cellules ganglionnaires plus nombreuses ; leurs noyaux sont plus volumineux et leurs prolongements ascendants sont encore bien visibles. Une dernière couche renferme des cellules ganglionnaires moins atrophiées mais peu nombreuses.

Dans toutes ces diverses couches, les astrocytes sont hyperplasiés. Dans la deuxième couche, la névroglie est aussi représentée par des tractus névrogliques très fins, très délicats.

Dans la substance blanche sous-corticale, qui est très sclérosée, les cellules névrogliques ont pris la forme de cellules engraissées, à cytoplasma

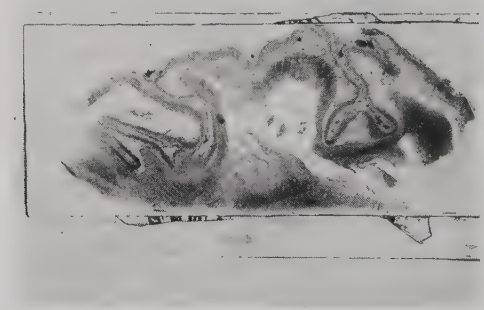

Fig. 3. — Photographie d'une coupe. Démyélinisation. R. M. Dr. Méth. de Weigert-Pal.

épais, très acidophile ; elles renferment un noyau, quelquefois deux noyaux rejetés sur le bord de l'élément. Ces cellules sont nombreuses, mais séparées les unes des autres. De ces éléments partent des fibrilles très fines formant un réseau assez dense.

Dans les régions où le cortex a perdu son aspect habituel, on observe d'abord une couche épaisse de sclérose névroglique formée d'un réseau de fibrilles très fines parsemé de noyaux névrogliques épars quand la pie-mère est adhérente. Cette couche peut faire défaut et sous elle on observe directement la deuxième couche, dans laquelle le réseau de fibrilles devient de plus en plus lâche. Sous cette couche se trouvent des cavités très étendues, qui sont divisées en petites loges par des tractus qui partent de la couche supérieure (fig. 2). Ces tractus sont formés de faisceaux de fibrilles névrogliques. Dans les espaces ainsi cloisonnés, on note des corps granuleux épars bourrés de graisse. La substance blanche sous-corticale revêt les mêmes caractères que ceux décrits plus haut.

Au Weigert-Pal, dans le cortex, quelles que soient les régions corticales

envisagées, on note la disparition totale des fibres myéliniques (fig. 3). Dans le parenchyme qui entoure les lacunes et dans la substance blanche sous-corticale, les fibres myéliniques sont très pâles ; la myéline se présente sous forme de grains, de vacuoles, et par places le cylindraxe est complètement démyélinisé.

Dans toutes ces différentes zones, sauf dans les tractus névrogliques, on note la présence de nombreux vaisseaux gorgés de sang. Dans la substance blanche, quelques rares vaisseaux ont leurs parois entourées de quelques cellules rondes lympho-plasmatiques. Aspect normal de la réticuline. On ne note aucune granulation calcaire.

Dans les régions frontales, pariétales et temporales, quels que soient les deux aspects du cortex décrits plus haut, on note dans la profondeur

Fig. 4. — Cellules névrogliques monstrueuses.
Méth. de Hortega. Diam. 420

de la substance blanche sous-corticale un tissu formé uniquement de cellules névrogliques monstrueuses. Leur corps protoplasmique, rond ou ovale, semble boursouflé et atteint souvent un diamètre de plus de 50 μ (fig. 4). Il renferme un gros noyau arrondi, généralement clair, qui est rejeté sur le bord même de l'élément. De ce corps partent deux sortes de prolongements, les uns très fins et très nombreux formant un délicat chevelu avec les prolongements des cellules voisines ; les autres plus rares, très épais, qui sont des faisceaux agglomérés de fibrilles ; ils finissent par se résoudre en fines fibrilles loin du corps cytoplasmique qui leur a donné naissance. Par endroits, ces astrocytes monstrueux sont accolés les uns à côté des autres, quelquefois ils sont seulement très rapprochés, mais ils sont toujours séparés par des fibrilles névrogliques. Dans ces régions, on ne note aucune fibre myélinique.

La région sous-orbitaire du lobe frontal droit ne présente aucune cavité. A part la couche moléculaire, les autres couches sont peu distinctes. La couche moléculaire est le siège d'une sclérose névroglique représentée par de gros astrocytes. Les autres couches sont confondues et on note dans chacune d'elles des cellules ganglionnaires peu nombreuses ; leur volume varie, mais toutes sont atrophiées. Elles sont très allongées, en forme de fuseau ; leur prolongement ascendant s'étend jusqu'aux abords de la couche moléculaire. Quoique le cytoplasma cellulaire soit réduit, les primitives fibrilles y sont très nettes jusque dans tous les prolongements. Dans la profondeur du cortex, les cellules ganglionnaires ont encore un volume plus réduit que dans les autres régions du cortex.

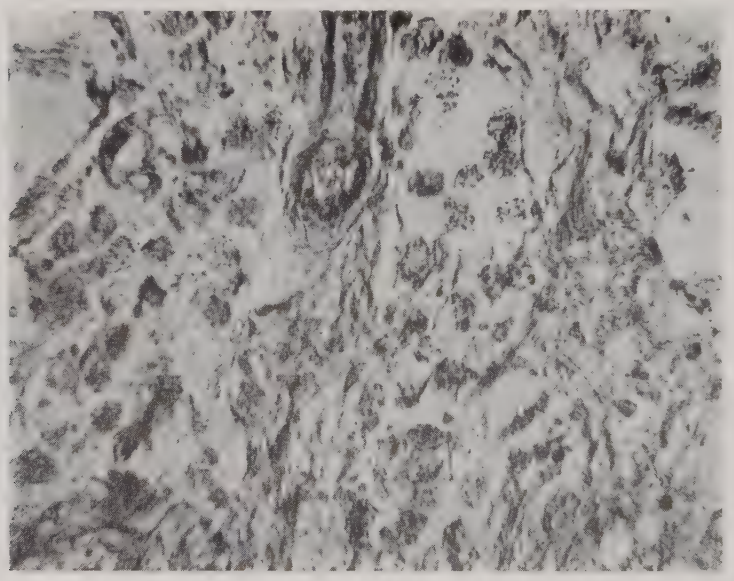

Fig. 5. — Corps granuleux épars envahis par des gouttelettes graisseuses dans une région qui se démyélinise. Méth. de Ciaccio. Diam. 420.

Région sphénoïdale droite (hippocampe). — L'hippocampe est envahi par endroits par des macrophages qui sont énormes et renferment des granulations graisseuses (fig. 5). Dans ces zones, la substance cérébrale paraît ramollie, elle est dépourvue de fibres myéliniques.

Noyaux gris centraux. — On ne note aucune perte de substance. Les lésions sont moins accusées que celles du cortex. Les petites cellules nerveuses et les éléments magno-cellulaires sont disposés normalement. Les petites cellules, presque dépourvues de cytoplasma, ne sont représentées que par leur noyau, qui a conservé un volume normal. Disparition des granulations chromophiles ; les noyaux sont toujours situés excentriquement.

Au Weigert-Pal, les fibres myéliniques disposées en faisceaux ont une coloration pâle et sont en voie de dégénérescence. Ces zones sont le siège

d'une agglomération de macrophages qui sont bourrés de granulations graisseuses bien mises en évidence par le rouge gras.

La névroglie est surtout hyperplasiée sous l'épendyme ventriculaire. Elle est représentée ailleurs par des astrocytes renfermant un petit noyau et munis de fines fibrilles. Les vaisseaux sont abondants. Leurs parois sont infiltrées de macrophages remplis de graisse neutre sans réaction inflammatoire.

Couche optique droite. — On note encore la présence d'éléments magnocellulaires agglomérés formant un protoplasma très clair, de volume normal, et leur noyau est bien développé. Au rouge gras, ces zones sont envahies par des macrophages bourrés de corpuscules de substance grasse. La névroglie n'est pas hyperplasiée comme celle du cortex cérébral. La microglie est représentée par des cellules petites à prolongements très fins. L'épithélium ventriculaire est normal. Vaisseaux nombreux ; aucune lésion de leurs parois, qui sont parfois flanquées de granulations graisseuses. Aucune trace de calcification.

Hémisphère gauche. — La pie-mère n'est pas épaissie, elle est infiltrée de suffusions sanguines récentes. Le cortex a une épaisseur normale, les couches y sont nettement disposées.

Les cellules ganglionnaires paraissent plus petites que normalement, elles ont au Nissl un cytoplasma clair à peine granuleux. De nombreux éléments ont des parois irrégulières. Le noyau hyperchromatique se détache nettement sur le fond cytoplasmique. Les prolongements ascendants prennent à peine les colorants et ont aussi un aspect granuleux. On ne note pas de figure de neuronophagie.

Dans la couche moléculaire, la névroglie est représentée par des astrocytes très riches en fines fibrilles, sans hyperplasie de leur cytoplasma.

Au Weigert-Pal, le cortex est très pauvre en fibres myéliniques tangentielles.

Les espaces péricellulaires sont dilatés alors qu'on ne note pas cette particularité autour des vaisseaux. Ceux-ci ont des parois normales sans aucune infiltration lymphocytaire, sans altération notable de la réticuline. Présence d'hémorragies périvasculaires intra-corticales récentes.

Dans la substance blanche, granulations graisseuses autour des parois de quelques rares vaisseaux.

Cervelet. — Pie-mère normale. Les circonvolutions du lobe gauche sont plus petites que celles du lobe droit.

Lésions aiguës des cellules de Purkinge qui sont très réduites comme volume, leur cytoplasma est granuleux et les prolongements sont peu apparents. Elles sont disposées irrégulièrement, très nombreuses par places, elles sont absentes ailleurs. Couche moléculaire et couche granuleuse sont d'une épaisseur normale. Au Weigert-Pal, cette dernière est peu fournie en fibres myéliniques. Aucune prolifération névroglique. Les cellules des noyaux dentelés sont petites, de formes variées ; leurs parois sont irrégulières. Les vaisseaux ont des parois normales, la réticuline est normalement disposée.

Protubérance. — La moitié droite est plus petite que la gauche. La voie pyramidale est réduite de ce côté. Pédoncules cérébelleux supérieurs bien myélinisés. Aucune autre lésion.

Bulbe. — L'hémibulbe droit est plus petit que le gauche. Les cellules des noyaux craniens sont peu altérées. Des deux côtés, les cellules des olives sont vacuolisées. Epithélium ventriculaire normal.

Dans ce cas, l'encéphalopathie s'est manifestée sans cause apparente dès la naissance, intéressant davantage le développement mental que le développement physique. C'est l'arriération mentale qui a motivé le placement de l'enfant dans un centre médico-pédagogique. A l'âge de 7 ans surviennent les premières crises épileptiques, sous forme d'état de mal ; elles sont suivies d'une hémiplégie gauche qui persiste ensuite avec des alternatives de coma et de reprise de conscience. Le liquide céphalorachidien est normal et ne présente aucun élément microbien. D'après les données des tracés électroencéphalographiques et d'une ventriculographie, on admet la présence d'une masse tumorale du côté droit, diagnostic qui n'est pas confirmé par une intervention chirurgicale qui se borne à l'ouverture de la dure-mère. Dans la suite, l'enfant reste hémiplégique, sans modification de son arriération mentale. Il meurt à l'âge de 10 ans d'état de mal. L'hémisphère droit, microgyrique, présente les lésions de l'encéphalopathie pseudo-kystique, multiloculaire, et l'hémisphère gauche, par contre, paraît normal, peut-être plus développé, par compensation de l'agénésie de l'hémisphère microgyrique.

Dans un travail récent sur cette curieuse maladie, Crome (2), à propos d'un très beau cas, rapporte les diverses opinions des auteurs sur la pathogénie des lésions. La plupart admettent que les cavités résultent de foyers malaciques par thromboses vasculaires chez des enfants qui naissent en état d'asphyxie. Crome fait remarquer que cette interprétation ne répond pas à tous les cas puisque les lésions vasculaires peuvent faire défaut et que les thromboses constatées sont récentes, vraisemblablement survenues à la période agonique. Quant aux cavités elles ne ressemblent pas à celles qu'il est fréquent d'observer dans certaines encéphalopathies infantiles, et qui résultent de ramollissements d'origine vasculaire.

Notre cas apporte quelques précisions à ce sujet.

On peut éliminer l'anoxie néonatale, puisque l'accouchement a été normal et qu'un seul hémisphère est atteint. L'hémisphère qui est devenu microgyrique devait être bien développé à la naissance ; les différentes régions y sont reconnaissables ; le corps calleux est encore nettement apparent. L'affection a été d'emblée évolutive, caractérisée par un état d'arriération mentale progressif, par des crises convulsives et par une hémiplégie. Dans le cerveau, on ne note, ni altérations vasculaires importantes, ni aucun processus inflammatoire ou toxique. Les lésions microscopiques ne correspondent pas à des champs artériels déterminés ; elles consistent en zones de démyélinisation avec gliose formant des cavités dans lesquelles on note la présence de nombreux corps granuleux bourrés de granulations graisseuses. Cette dégénérescence myélinique diffuse, qui paraît primitive,

s'observe dans des régions dans lesquelles des cavités sont en voie de formation. Dans l'hippocampe, dans les noyaux gris centraux, de petites zones, avant leur nécrose, sont déjà envahies par de nombreux corps granuleux.

Notre cas se rapproche des encéphalopathies démyélinisantes. On peut admettre, suivant l'opinion de Lumsden (3), formulée à propos d'autres cas, que l'encéphalopathie pseudo-kystique multiloculaire progressive ne s'observe que dans le cerveau infantile ; dans celui-ci le métabolisme de la myéline se modifie lentement et progressivement et elle n'atteint sa maturation qu'à l'âge adulte. Chez l'enfant sa structure est instable et le parenchyme nerveux est plus vulnérable à toute action enzymatique autolytique. Quelles que soient les hypothèses formulées, la pathogénie de la formation des cavités dans le parenchyme cérébral reste un problème irrésolu.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. Wohlwill (P.) : *Zeits. f. Ges. Neurol. Psychiat.*, vol. 23, 1921, p. 360. — 2. Crome (L.) : Multilocular cystic encephalopathy of Infants. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 21, n° 2, mai 1958, p. 146. — 3. Lumsden (C. E.) : *Journ. Neuropath.*, vol. 9, 1950, p. 119, et Demyelinating diseases ; the present situation. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 51, septembre 1958, p. 752.

La séance est levée à 11 heures.

Séance du 26 janvier 1959

Présidence : MM. M. CÉNAC, ancien président et J. DUBLINEAU, président

---

Allocution de M. M. CÉNAC, ancien président

Mes chers collègues,

Je tiens tout d'abord à vous remercier de m'avoir confié pour l'année 1958 la présidence de la Société médico-psychologique. Je tiens également à vous témoigner toute ma reconnaissance pour tout ce que j'ai appris grâce à vous dans le courant de l'année écoulée. Ce que l'on peut découvrir et apprendre, parvenu à un certain âge, a d'autant plus de prix que les notions diverses ainsi tardivement acquises viennent s'insérer et s'articuler avec le fruit de l'expérience. Les psychiatres de ma génération peuvent s'estimer privilégiés quant à l'époque qu'ils ont vécu et à l'évolution des idées qui a jalonné les progrès de la psychiatrie. Si je me reporte ainsi, par la pensée, à quarante ans en arrière, les seules préoccupations de nos interlocuteurs

psychiatres consistaient à nous demander êtes-vous de l'école de Magnan ? êtes-vous Kræpelinien ? êtes-vous Bleulérien ? êtes-vous Jacksonien ? êtes-vous Freudien ? Seule l'étiquette revendiquée permettait de vous identifier et d'engager ainsi la discussion. Discussions de psychiatres différents, d'entomologistes, il y avait bien peu de différences entre eux. Mais quelle déception pour les néophytes devant ces notions creuses et parfois irréelles. Les conseils de mes maîtres étaient souvent précieux mais parfois décevants (certains allant jusqu'à nous dire : « Gardez-vous dans votre carrière de faire de la psychologie »), études mornes, étiquetage systématique, tel était l'apanage des psychiatres d'il y a quarante ans.

Mais à côté de cette recherche dans la précision clinique, on put voir apparaître une évolution dont les conséquences furent plus fertiles avec la notion de structure de la personnalité et enfin des essais thérapeutiques couronnés parfois de résultats.

Laissons de côté cette évolution dans les idées pour ne parler que des essais thérapeutiques. Certes, les communications aux séances de cette année ont apporté une contribution importante au traitement des maladies mentales, et en vous écoutant, je vous remercie tous d'avoir pu me permettre d'acquérir des notions précises, notamment en ce qui concerne la thérapeutique chimique et les neuroplégiques en particulier. J'ai connu au début, et par la suite, l'emploi de bien des traitements des maladies mentales. Quand il voit apparaître une méthode ou un traitement nouveau, l'esprit humain refuse d'en admettre l'efficacité, obéissant à la loi du moindre effort. La nouveauté, d'autre part, appelle des critiques et des objections. A cette phase, que je qualifierais volontiers de réactionnelle, succède une phase d'engouement aveugle et irraisonné. Puis, avec le temps, la nouvelle thérapeutique vient occuper la place qui lui revient raisonnablement dans l'arsenal thérapeutique. Certains malades en bénéficient grâce à des diagnostics, à des indications ou à des contre-indications plus précises (paludisme, coma insulinique, lobotomie, etc...).

Je voudrais également vous remercier de l'intérêt que vous portez tous au devenir de vos malades. La post-cure est devenue aujourd'hui une nécessité. Alors que nos prédécesseurs, et avouons-le nous-mêmes, il y a des années, ne nous intéressions qu'à la façon dont nos malades entraient dans la maladie, nous méconnaissions systématiquement la façon dont ils en guérissaient, nous fiant à des processus naturels de guérison et négligeant complètement le problème de la réadaptation. Fort heureusement, tous ces problèmes restent à l'ordre du jour, et les discussions et les échanges de vues qui ont eu lieu dans cette assemblée montrent bien, d'une part l'importance de ces problèmes au point de vue social, et la vitalité d'autre part de notre Société médico-psychologique. Cette vitalité va se trouver stimulée et accrue par la personnalité de mon successeur à la présidence : mon ami, le Dr Dublineau, dont vous avez tous pu apprécier comme moi les qualités d'observation et de mesure ainsi que la rigueur dans ses méthodes de travail. Je ne doute pas que, sous sa présidence, son dynamisme se communique aux divers membres de la Société pour le plus grand bien de la psychiatrie.

Je ne veux pas terminer cette courte allocution sans saluer et souhaiter la bienvenue au nouveau vice-président, le professeur Delay. La Société médico-psychologique sera grandement honorée par sa présence parmi nous.

Encore une fois, merci mes chers collègues, et que vive encore de très longues années notre chère Société médico-psychologique.

Installation du nouveau bureau pour 1959

Communications du Secrétaire Général

Après adoption du procès-verbal de la dernière séance, le secrétaire général fait part à la Société du tout récent décès du professeur Lhermitte, ancien président de la Société médico-psychologique. Dans la séance prochaine du 23 février 1959, notre président annuel, M. J. Dublineau, fera l'éloge du défunt.

Parmi les lettres reçues par le secrétariat général (lettres de remerciements de MM. J. Delay, Langlois et Certhoux, carte de vœux du professeur Crémieux), se trouvent quatre candidatures au titre de membres correspondants nationaux de : Mlle C. Mourlon, de MM. Mouren, Barande et Despinoy. Les diverses commissions chargées de présenter ces candidatures à la séance du 23 février sont désignées.

Le secrétaire général accuse réception de la lettre du Dr Pagès, médecin honoraire des hôpitaux psychiatriques, dans laquelle il donne sa démission de membre correspondant national. Pendant de longues années, le Dr Pagès fut membre fidèle de notre Société. Celle-ci lui adresse ses meilleurs vœux de longue et heureuse retraite.

Enfin, une lettre du Conseil d'administration du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, invitant les membres de la Société médico-psychologique à désigner ses représentants au 57e Congrès de Tours (du 8 au 13 juin 1959.

Prix

Au nom du bureau de la Société et de la commission chargée d'examiner les mémoires déposés, le secrétaire général annonce : que le prix Moreau de Tours pour 1958 a été décerné au Dr Robert-Michel Palem (de Bordeaux), pour sa thèse : « Les états mixtes et les états transitionnels schizonévrotiques » ; que le prix Belhomme a été accordé à M. Gérard Dedieu-Anglade, interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, pour son mémoire sur « les états d'affaiblissement intellectuel chez les alcooliques. Etude clinique, psychologique, thérapeutique et sociale ».

Ces deux prix, d'un montant respectif de 25.000 fr. accordent à MM. Palem et Dedieu-Anglade le droit au titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

Election de quatre membres correspondants nationaux

Après audition du rapport de M. X. Abély, au nom d'une commission composée de MM. J. Delay, P. Guiraud et X. Abély, rapporteur, Mme le Dr C. Boittelle est élue membre correspondant national par 22 voix sur 23 votants.

Après audition du rapport de M. X. Abély, au nom d'une commission composée de MM. Cénac, P. Abély et X. Abély, rapporteur, Mlle le Dr Platard est élue membre correspondant national par 22 voix sur 23 votants.

Après audition du rapport de M. M. Cénac, au nom d'une commission composée de MM. Porc'her, Michaux et Cénac, rapporteur, M. le Dr Grasset est élu membre correspondant national par 23 voix sur 23 votants.

Après audition du rapport de M. Paul Abély, au nom d'une commission composée de MM. R. Lafon, J. Borel et Paul Abély, M. le Dr Jean Minvielle est élu membre correspondant par 22 voix sur 23 votants.

COMMUNICATIONS

Délire d'imagination chez un tuberculeux pulmonaire traité par la cyclosérine, par MM. E. Trillat, J.-Cl. Mignen et Mlle L. Richet.

Les troubles mentaux provoqués par la cyclosérine chez les tuberculeux suscitent un intérêt particulier, intérêt de même ordre que celui suscité, ces dernières années, par les troubles mentaux dus à l'isoniazide. Des comparaisons entre les troubles provoqués par l'une et l'autre drogue seraient probablement instructives, comparaisons qui n'ont pas, à notre connaissance, été faites. Elles permettraient peut-être d'éclairer un peu la question de la spécificité d'action de ces drogues du point de vue psychiatrique. Il reste à savoir en effet dans quelle mesure on est en présence, dans les cas de ce genre, de psychoses expérimentales, et non pas de psychoses endogènes plus ou moins larvées ou latentes, mais révélées par l'action de la drogue. En admettant qu'il s'agisse de psychoses expérimentales (tel paraît d'ailleurs le cas que nous avons l'honneur de rapporter aujourd'hui), il faudrait encore savoir quels sont les facteurs qui concourent à cette expérience pathogène. On est en présence, en effet, d'une situation complexe où trois ordres de faits au moins doivent entrer en considération : la tuberculose pulmonaire, la vie en sanatorium et l'action propre de la cyclosérine. Enfin, à propos de celle-ci, les essais de traitement par la cyclosérine de troubles mentaux chez des non-tuberculeux ou chez des psychopathes tuberculeux, tendent à montrer que la drogue peut, à l'inverse de ce qui se passe chez les tuberculeux sains d'esprit, réduire certains troubles mentaux.

Ce simple rappel montre que l'interprétation de l'action psychopathogène de la cyclosérine doit être prudente. Il n'en reste pas moins que cette action paraît évidente, comme en témoigne l'observation suivante :

Observation. — F... Antoine, âgé de 29 ans, va à l'école jusqu'à 11 ans 1/2; élevé par sa mère ; abandonné par son père alors qu'il avait 2 ou 3 ans. Deux frères et deux sœurs naissent par la suite de liaisons passagères ; tous bien portants. Sa mère, blanchisseuse, paraît avoir mené une vie assez débridée.

On note qu'à 11 ans, ayant reçu dans l'œil gauche une flèche de papier, F... fait une cataracte évolutive, qui amène rapidement une cécité unilatérale. Sorti de l'école, F... travaille comme berger, jardinier, plombier, et à 18 ans il vient à Paris pour travailler dans l'hôtellerie.

Deux ans plus tard, en 1948, il fait une hémoptysie, due à une tuberculose pulmonaire, traitée par deux pneumothorax. Stabilisé au bout de quinze mois, il reprend son travail dans l'hôtellerie, se marie à 22 ans, a deux enfants.

En 1950 il fait une rechute, est placé sous le régime de l'invalidité, et dès lors ne travaillera plus en dehors de quelques extras en hôtellerie.

En 1957 il fait une nouvelle rechute et est traité depuis 40 jours par la cyclosérine, du fait de sa résistance aux autres antibiotiques, quand il entre dans le service, le 2 février 1958.

Le médecin du sanatorium qui nous l'adresse signale que les troubles ont débuté brusquement le 31 janvier 1958, marqués par de la confusion et du dédoublement de la personnalité. Ces troubles, attribués tout de suite à la cyclosérine, ne cèdent pas malgré l'arrêt immédiat du traitement.

Le premier examen de F... nous le montre logorrhéique, sthénique, frappant sur la table, ménageant des pauses dans son récit. L'anxiété sous-tendant ce récit se résout par plusieurs crises de larmes. Il fait des dessins indéchiffrables, de grands traits striant la feuille, pour nous montrer le mouvement des planètes, tous points qui rendent son récit à la fois pathétique et poétique.

Parfois passionné F..., à certains moments, implore notre compréhension, recherche dans notre réponse un assentiment, un réconfort. « Ou alors je suis un fou », ajoute-t-il une fois.

Perdu dans son récit, et pourtant conscient de son excitation, à la fois obnubilé et lucide, sa perplexité apparaît parfois, puis il reprend son récit, s'enfonçant dans son délire.

La graphorrée ne nous amène rien, tant l'incohérence est complète, les mots mal écrits et surchargés de taches, les lettres se chevauchant.

Quand il est seul, F... est calme, et son excitation s'accentue à mesure qu'il parle.

Nous rapportons ici quelques passages que nous avons enregistrés :

« Cette découverte : la vie de la terre est une merveille. Je vais dire des « choses merveilleuses, le monde est plus merveilleux qu'on le croit...

« Les éclats de terre descendent dans l'atmosphère, plus leur surface « est volumineuse, plus ils descendent. Ils sont nés de l'incendie qui a été « provoqué par les deux pôles qui se sont attirés. Et les deux pôles sont « le coq et la poule. La matrice a éjecté ces morceaux. La terre c'est un « œuf ; une couche d'air protège le pôle nord.

« Notre mère, c'est le soleil. Et pour avoir eu notre mère, pour être venu « ici, un œuf, si on peut dire, nous sommes toujours la même parcelle de « terre, éjectée, c'est parce qu'il y a un coq... Il y a eu deux mouvements,

« deux pôles, deux masses, et la masse la plus puissante, c'était la plus « lourde, c'est celle qui a écrasé l'autre, qui a fait basculer, chavirer les « morceaux.

« Une chose qui représente pour l'humanité, mais qui n'effraiera jamais « l'humanité, parce que je vous dis cet œuf reviendra sur l'autre terre « comme il est parti, parce que la pression au fur et à mesure que le feu « de notre soleil s'éteindra, nous, nous descendrons, les gaz dégageront d'un « côté, déchargeront leurs cendres d'un côté, qui est le fond pour nous, qui « existe, et ces œufs n'iront jamais dans ce fond parce que les gaz, la der- « nière ressource de force, les accompagneront, plus la pesanteur de cha- « que œuf : Saturne, Mars, Vénus, s'étaleront à leur place aussi loin qu'elles « le seront là-haut.

« Les Chinois sont en-dessous de nous, ils sont étirés, leurs yeux, et ils « sont jaunes, parce qu'ils ramassent tout le résidu, et ils ne le savent pas, « les pauvres. Ils sont toujours victimes du fait qu'ils sont en-dessous dans « le centre de la terre, ils passent toujours sous la pression, le plus sou- « vent que nous, et c'est ce qui étire leur peau, qui les rapetisse, et qu'ils « sont si petits. » Puis autre théorie pour les Esquimaux et les Noirs.

L'examen physique, en dehors de la tuberculose, est négatif, et l'on ne note ni température, ni état d'amaigrissement très marqué. Les examens biologiques : urée, Bordet-Wassermann, examen d'urine, donnent des résultats normaux.

Rapidement, cet état d'excitation s'éteint. F... s'étonne d'avoir été si logorrhéique, lui si timide habituellement. Il reste cependant durant quelques jours une semi-critique, F... considérant la façon dont il s'exprimait comme seule pathologique, alors que le fond lui semble toujours exact.

Enfin, parfaitement guéri de cet état d'excitation, qui fut somme toute très passager, F... sort.

A l'analyse, il est évident que nous nous trouvons devant une structure délirante imaginative, s'élaborant sur un fond d'anxiété et de subconfusion, telle que l'on peut en rencontrer dans la classique bouffée délirante.

Quant au thème, nous pouvons presque le dire cosmogonique : coït de planètes, accouchement d'embryons qui sont parcelles de terre, éclatement d'astres ; le coq et la poule deviennent à la fois deux pôles et deux masses, le mâle et la femelle, les planètes attirées l'une par l'autre ; enfin, la naissance faisant mourir la mère. Le leitmotiv de la protection de l'œuf par sa chambre pleine d'air, l'impression de vie intense et indestructible de l'œuf ou de l'embryon ; le soleil source de vie et de chaleur ; et le tout raconté sous forme de mouvement, d'attraction et de répulsion, expliqué par la pesanteur, la rotation de la terre.

Nous terminerons cette observation en rappelant quelques faits étayant les traits de caractère de F...

F... est un timide. Il s'étonne, non seulement d'avoir été aussi bavard, mais également d'avoir eu de telles idées.

Il a un jour demandé à l'Elysée une audience, qu'il a obtenue, afin d'avoir un logement, et pour ce faire il apporte comme cadeau un chalet fait d'allumettes qu'il a construit au sanatorium ; mais à la conciergerie il a peur et s'enfuit.

De son enfance il ne garde, semble-t-il, que de mauvais souvenirs, et il n'est que de rappeler que sa mère recevait des amants plus ou moins ivres, comme il nous l'a dit.

Le sujet est revu en octobre 1958, soit huit mois après sa sortie ; la guérison s'est maintenue. Il est sorti de sanatorium en juin. Il a retrouvé une vie familiale normale et cherche à reprendre du travail. Il reparle avec une certaine appréhension de son affection et la présente comme une ivresse délirante à laquelle il ne veut plus penser.

Résumé et conclusion. — M. F..., âgé de 29 ans, tuberculeux depuis dix ans, présente, après quarante jours de traitement à la cyclosérine, un épisode psychotique de type bouffée délirante à thème cosmogonique. Début brusque ; disparition en une huitaine de jours après la suppression de la drogue. L'électroencéphalogramme n'a pas pu être pratiqué.

Du point de vue clinique, nous croyons devoir souligner : l'excitation intellectuelle, avec semi-conscience de l'état morbide ; l'absence de tout antécédent psychiatrique, et l'absence de liaison compréhensible entre les thèmes délirants et les préoccupations habituelles antérieures ; un fond d'hyperémotivité ancienne.

Dans l'anamnèse, nous retrouvons les points sur lesquels Guyotat et Routier ont insisté, à savoir : un long passé sanatorial ; une défection parentale précoce ; un traitement mal suivi du fait de l'indiscipline du malade.

Essais de traitement des états dépressifs par le G. 22355 (Tofranil), par MM. P. Pasquet, M. Langlois et R. Vercel (Toulon).

Malgré la variété des médicaments neuroleptiques et orthothymiques mis chaque jour plus nombreux à la disposition du psychiatre, il nous semble que la convulsivothérapie demeure encore le meilleur traitement des états dépressifs mélancoliques. Néanmoins, en raison des contre-indications et des aléas de l'électrochoc, même administré sous narcose et curare, de ses échecs, et aussi de la réticence des malades et de leur entourage à l'égard de cette thérapeutique agressive, il nous a paru intéressant, après plusieurs années d'expérimentation déjà due aux psychiatres suisses, de faire l'essai d'une nouvelle chimiothérapie.

Ce sont ces premiers résultats de traitement des états dépressifs,

surtout mélancoliques, par le G. 22355 (ou tofranil), que nous rapportons aujourd'hui (1).

Ce nouveau thymoleptique appartient au groupe de l'iminodibenzyle ; c'est le chlorhydrate de N-(γ-diméthyl-amino-propyl)-iminodibenzyle, qui se présente comme une poudre blanche cristalline soluble dans l'eau. Par voie parentérale, la D.L. 50 évolue entre 35 et 18 mg./kilo chez la souris, le rate et le lapin ; par voie orale, elle atteint chez le rat 625 mg./kilo. C'est un sympathicolytique ; la spasmolyse, étudiée sur la contraction sérotonique de l'intestin du cobaye s'apparente à celle de la chlorpromazine ; son action vagolytique est modérée.

Ampoules et dragées sont dosées à 25 mg. Le traitement par association des voies intramusculaire et *per os* est administré aux malades hospitalisés ; par dragées seules aux malades ambulatoires. Il commence par de fortes doses que l'on réduit progressivement pour obtenir la dose d'entretien, la dose quotidienne étant toujours administrée en quatre prises régulièrement réparties dans la journée. Le traitement hospitalier comporte en principe trois phases :

a) phase initiale de six jours : voie injectable seule, progressivement de 3 à 8 ampoules par jour ;

b) phase intermédiaire de six jours : voies injectable et buccale, progressivement de 7 à 2 ampoules, et simultanément de 2 à 12 dragées par jour ;

c) phase d'entretien : voie buccale seule, progressivement de 12 à 4 (ou même 2) dragées par jour.

Le traitement ambulatoire comporte une phase initiale de 6 à 10 dragées par jour, administrées progressivement pendant dix à quinze jours, et une phase d'entretien de 6 à 2 dragées par jour pendant plusieurs semaines, car il est habituellement nécessaire d'attendre trois semaines pour apprécier l'efficacité du traitement.

Le médicament est habituellement bien toléré. Nous avons observé, comme les auteurs suisses, les réactions atropiniques initiales, qui s'estompent assez rapidement, ainsi qu'une discrète et transitoire hypotension artérielle, surtout orthostatique. La gêne de l'accommodation doit être annoncée au malade, ainsi que l'éventualité d'un léger tremblement d'attitude à majoration intentionnelle que nous avons observé chez deux de nos malades. Chez deux hommes, sans antécédents urinaires, mais sénescents, une rétention d'urine, partielle dans un cas, complète dans l'autre pendant vingt-quatre heures, s'est manifestée au cours de la période intermédiaire du traitement combiné ; chez ce second malade, âgé de 70 ans, la rétention a nécessité la mise en place transitoire d'une sonde à demeure et l'interruption momentanée de l'administration de la drogue, la reprise ultérieure d'un

(1) Nous remercions vivement les laboratoires Geigy, et tout particulièrement le Dr Billiottet, qui nous ont permis cette expérimentation.

traitement à doses dégressives n'ayant entraîné aucun retour de la dysurie.

Les examens biologiques, pratiqués chez quatre de nos malades en milieu hospitalier, n'ont pas montré d'atteinte rénale, ni hématologique, ni de troubles fonctionnels hépatiques au cours du traitement.

Les malades traités, dont les âges varient de 22 à 70 ans, étaient, soit des déprimés mélancoliques, soit des déprimés anxieux, avec chez deux d'entre eux un facteur psycho-involutif. La plupart d'entre eux, au cours de l'accès dépressif actuel, ou, chez des malades périodiques, au cours d'un accès dépressif antérieur, avaient déjà bénéficié de cures neuroleptiques, de convulsivothérapie, et même d'une cure de Sakel dans un cas.

Nous résumons ci-dessous les observations de nos malades.

Observation 1. — C..., 70 ans, officier de marine en retraite. Premier épisode dépressif à 45 ans : dépression mélancolique simple à thème nostalgique, ayant cédé à un traitement banal. Pas d'autres antécédents notables qu'une colite droite avec dolichocôlon.

En mars 1958, début d'un nouveau état dépressif avec monoïdéisme pénible centré sur des préoccupations hypocondriaques : cancérophobie intestinale, construit des perspectives catastrophiques familiales ; vagues idées de suicide, anxiété, douleur morale, insomnies, inhibition psychique sans détérioration involutive évidente. Etat somatique satisfaisant. Pas de signes de neuro-spécificité ni d'athéro-sclérose marquée. Tension humérale : 15,6. Fonds d'yeux sains. Refuse l'hospitalisation conseillée. Traité ambulatoirement par lévomépromazine, adénosine-tri-phosphorique, extraits embryonnaires. Après quelques périodes d'amélioration, rechute en août 1958, avec semi-mutisme, réduction alimentaire, idées de ruine... Début de la cure de G. 22355 par voie parentérale à doses progressives : 2-4-6 ampoules par jour. A la 36e ampoule : sécheresse de la bouche persistante depuis les premières injections ; mydriase, oligurie pendant 48 heures, sans hypotension. Nette amélioration thymique. Le soir même, rétention d'urines. Arrêt de traitement. Hospitalisation. Examen urologique négatif. Sonde à demeure pendant 24 heures. La rétention a cédé. Reprise du G. 22355 en dragées quelques jours après à doses progressives puis dégressives jusqu'à la dose d'entretien de quatre par jour. Seule médication associée : deux, puis un et demi comprimé de lévomépromazine le soir au coucher. Au bout d'un mois, il ne persiste que des troubles du sommeil, qui disparaissent ultérieurement. On observe à ce moment un discret tremblement d'attitude à majoration intentionnelle, accompagné d'une impression de trépidation intérieure. Réduction progressive du traitement à trois, puis deux dragées par jour. En octobre : simple tendance à majorer ses ennuis. La gêne urinaire n'a pas réapparu. En novembre : guérison, euphorie de bon aloi, excellent sommeil, aucun signe intellectuel déficitaire. Arrêt du traitement.

Observation 2. — Mme D..., 45 ans. Sur un terrain migraineux et colitique ancien, premier épisode mélancolique anxieux grave avec tentative de suicide en 1953. Traitée d'abord en Suisse, sans succès, par insuline à doses liminaires, puis à Nice (Dr Cossa), par convulsivothérapie. Guérison.

Après un intervalle de cinq ans, marqué par des migraines à répétition, entraînant l'administration régulière de trois ampoules de D.H.E. en moyenne par semaine, par des crises de tachycardie paroxystique et des oscillations thymiques mineures cédant bien à la chlorpromazine à doses réfractées, en février 1958 nouvel état mélancolique anxieux grave, n'ayant pas cédé à la convulsivothérapie et amélioré transitoirement par une cure de Sakel de 30 comas environ (Dr Cossa). Elle rejoint Toulon en juin encore anxieuse et insomniaque, exprimant des idées de culpabilité. Cure à Divonne avant la reprise de la convulsivothérapie. A la fin de la cure, devant la persistance du tableau de dépression mélancolique, le Dr Brizard prescrit du G. 22355. Le traitement est commencé à Toulon, d'abord *per os*, jusqu'à huit dragées par jour, dose maintenue deux semaines, puis dégression des dragées et association de deux ampoules par jour pendant une semaine, enfin dose d'entretien de quatre dragées par jour pendant quinze jours. Très nette amélioration dès la deuxième semaine de la cure de G. 22355. Effacement progressif de troubles thymiques et de cet « écran » que la malade sentait interposé entre le monde et elle. Elle reprend une activité mondaine et sportive. Une partie de tennis (après arrêt du traitement) déclenche une crise de tachycardie paroxystique. L'anxiété réapparaît ainsi que l'insomnie. Une nouvelle cure de tofranil en dragées (quatre, six, huit, et réduction progressive pendant quinze jours) entraîne une nouvelle amélioration. Le sommeil est assuré par des hypnotiques vespéraux (imménoctal, eunoctal...). Le tofranil est relayé par du méprobamate. Il ne persiste qu'une asthénie et des troubles colitiques.

A noter que chez cette malade, au système neuro-végétatif instable, pendant l'administration de tofranil, le régime migraineux n'a pas varié et qu'il n'est pas apparu de crises de tachycardie paroxystique. On a seulement observé des troubles de l'accommodation et une majoration discrète de l'hypotension habituelle. La colite spasmodique n'a pas été influencée.

Observation 3. — Mme M..., 28 ans (malade du Dr Ménanteau, de Toulon, traitée en son absence). Depuis des semaines présente un syndrome dépressif atypique avec inertie, athymhormie, évasion dans des rêveries imprécises. Idées de dépréciation physique, douleur morale, idées de suicide exprimées sans grande conviction. Fonds mental médiocre. Chétivité ; hypotension (8,4). Pigmentation cutanée d'insuffisance rénale. Mariée, un enfant. Bien réglée.

A présenté un épisode semblable en 1957, traité par convulsivothérapie. Traitement au G. 22355 combiné, standard, mais associé à la doca et à la cortisone à doses faibles (25 mg. par jour).

Amélioration rapide mais incomplète ; devant la persistance d'une légère anxiété et des troubles du sommeil, dès la fin de la deuxième semaine, sur la demande de la malade, on pratique quelques électro-chocs, qui font très vite disparaître les troubles thymiques et hypniques. Sous l'influence de l'opothérapie surrénale, le teint s'est éclairci et la tension est remontée à 12,5. Sort de la clinique après six chocs, en bon état physique et mental.

Observation 4. — Mme G..., 48 ans, mariée, deux enfants. Ménopausée depuis un an. Pas d'antécédents à retenir.

Vers la trentaine, avant son mariage avec un administrateur des colonies, lui-même épileptique temporal, épisode dépressif d'allure psycho-névro-

tique : idées tristes obsessionnelles, anxiété, tendances à l'isolement. Préoccupations effectives. Depuis cette époque, évolution cyclothymique avec épisodes aux confins de la mélancolie, en particulier en 1949, après la mort d'un enfant par bronchite capillaire : idées de culpabilité. Se libère par des crises d'énervement sans traits comitiaux. Pas de spasmophilie.

Vue en mai 1958 pour ces crises et un syndrome neurasthénique qui, malgré les tranquillisants et la lévomépromazine à doses faibles, s'aggrave progressivement vers une dépression mélancolique, avec monoïdéisme pénible, tristesse, douleur morale. Réduction alimentaire. Le 15 août, violente exacerbation dans le sens d'une mélancolie anxieuse. Convulsivothérapie sous pentothal et curare en clinique (onze chocs). En fin de traitement, devant la persistance d'une attitude un peu lointaine, sinon d'inertie, on associe le G. 22355 *per os* à raison de six par jour pendant une semaine, puis quatre pendant quinze jours, pour ensuite reprendre une cure à doses progressives jusqu'à huit, puis à nouveau dégressive devant un certain degré d'apathie résiduelle et de troubles du sommeil. La dose d'entretien à trois par jour est maintenue pendant un mois et le syndrome dépressif disparaît. Aucun signe d'intolérance.

Observation 5. — M. R..., 53 ans, industriel. Psychose maniaco-dépressive, avec hérédité psychopathique similaire. Premier accès mélancolique en 1940. Deuxième accès en 1957. Evolution cyclothymique intercalaire. Athéro-sclérose incipiens encore très discrète. Ce deuxième accès mélancolique est en partie réactionnel à des difficultés réelles assez graves dans son entreprise. Traité ambulatoirement par convulsivothérapie à Marseille en décembre 1957, puis en mai 1958 à Toulon, lors d'une rechute avec crises anxieuses nocturnes, idées de suicide, d'incurabilité, de culpabilité... Dix chocs sous narcose et curare n'amènent qu'une amélioration transitoire.

Traité en septembre d'abord par G. 22355 *per os* (quatre et six par jour) sans effet durable. Une cure standard combinée est effectuée au début de novembre et entraîne une très nette amélioration et la reprise d'une activité professionnelle normale.

Observation 6. — Maurice L..., militaire de carrière dans la marine nationale, né en 1926, présente en 1947, au cours d'un séjour en Extrême-Orient, un état maniaque aigu traité par électro-chocs et suivi, après son rapatriement en France, d'un état dépressif résiduel transitoire. En 1949 est observé un état dépressif subaigu au cours d'une campagne à Madagascar, épisode qui aurait guéri sans intervention thérapeutique. Une récidive se produit en 1956 au cours d'un séjour au Japon et, en novembre 1957, le malade est admis dans notre service de l'hôpital maritime Sainte-Anne, présentant un état dépressif simple avec insomnie, perte de l'élan vital, sentiment d'échec basé sur une déception sentimentale récente. Une cure de six électro-chocs n'amène qu'une sédation temporaire puisque, deux mois après sa sortie, le malade doit être à nouveau hospitalisé, déprimé, fuyant tout contact social, exprimant un thème obsédant d'infériorité s'accompagnant sur le plan somatique d'une impuissance sexuelle et d'un état digestif saburral. Une nouvelle cure de huit électro-chocs est administrée en février 1958. Au mois d'août suivant, le tableau dépressif est aggravé par rapport aux observations précédentes, s'accompagnant de thèmes délirants franchement mélancoliques, douleur morale intense, idées d'auto-dépréciation

avec crises de larmes, aprosexie, impuissance sexuelle. Le traitement par G. 22355 est institué sous sa forme combinée par voie parentérale et buccale. Il n'entraîne aucun incident, les examens biologiques de contrôle demeurent normaux. Dès la deuxième semaine de traitement, l'état thymique se montre très amélioré et bientôt le malade se considère comme guéri. Il a repris une activité militaire normale et, régulièrement suivi depuis cinq mois, ne présente plus aucun des symptômes observés représentant chez ce cyclique un état dépressif qui évoluait depuis près de deux ans et n'avait pu céder à la sismothérapie instituée à deux reprises.

Observation 7. — Elise A..., épouse d'officier en retraite, âgée de 67 ans, admise en septembre 1958, présente un tableau de mélancolie d'involution caractéristique. Hypocondrie entraînant depuis un an de multiples interventions médicales, voire chirurgicales, agitation anxieuse, insomnie tenace, crises de larmes, apragmatisme, sentiment d'étrangeté et de tristesse de l'ambiance, interprétations péjoratives catastrophiques, idées de suicide. La tension artérielle est de 15,9, l'électrocardiogramme est normal, les fonds d'yeux montrent des signes d'artériosclérose, l'électro-encéphalogramme une dépression globale de l'activité cérébrale. Un traitement par hormonothérapie anabolisante et vitaminothérapie se montrant sans aucun effet, des électro-chocs sont pratiqués qui entraînent, à la troisième application, une évolution démentielle du tableau clinique avec désorientation, idées délirantes de persécution et quelques manifestations oniriques. Cette aggravation fait aussitôt interrompre le traitement de chocs auquel est substitué le G. 22355, administré par voie buccale puis parentérale avec tonicardiaques et somatormone. Dès la deuxième semaine du traitement se manifeste l'amélioration qui voit céder, non seulement les éléments confuso-délirants, mais aussi la dépression thymique, qui fait place progressivement à une euphorie de bon aloi. Revue à plusieurs reprises depuis sa sortie de l'hôpital le 30 octobre 1958, la malade est considérée comme guérie par son entourage et par elle-même. Elle a repris une vie sociale active et, malgré les quelques éléments psycho-involutifs liés à son âge, se considère comme « rajeunie de dix ans ».

Observation 8. — Maurice B..., officier en retraite, 62 ans. Etat dépressif réactionnel évoluant sur un terrain très névrotique. Hyperémotivité anxieuse, fixation maternelle tardive, sentiment angoissant de frustration affective mal compensé et cultivé par une complaisance de son état morbide. Sujet pléthorique, hypertendu et présentant des signes ophtalmologiques d'artériosclérose. Traité sans succès par électro-chocs il y a deux ans. Un traitement par le G. 22355 est institué en septembre 1958, au cours d'une hospitalisation. Au cours de la phase des injections parentérales de la drogue, le malade présente une rétention partielle d'urines caractérisée par la lenteur et la brièveté des mictions ; cette rétention dure quatre à cinq jours et cède dès que le médicament n'est plus administré que par voie buccale sans qu'il ait été nécessaire de modifier la discipline habituelle de conduite du traitement. Une amélioration subjective est signalée par le malade, mais qui ne résiste pas à l'épreuve de la sortie, qui le replace dans la situation affective conflictuelle qu'il recherche plus ou moins consciemment et qui voit aussitôt récidiver cette dépression névrotique.

Observation 9. — Alain D..., quartier-maître, 22 ans. Hospitalisé en février 1958, présentant un état dépressif atypique caractérisé par un état stuporeux intermittent avec paroxysmes anxieux, sentiment pénible d'un changement de sa personnalité, de détachement du réel. Le diagnostic possible d'hébéphrénie est évoqué mais une série de huit électro-chocs amène une rémission, permettant la sortie en avril 1958. Une rechute se produit en octobre, caractérisée par un état asthéno-dépressif avec lenteur des activités, aprosexie, distractions, et surtout sentiment angoissant de culpabilité, anxiété diffuse et permanente. L'état général demeure bon, le sommeil est conservé. Le traitement par G. 22355 est institué sous sa forme mixte. Il faut attendre deux semaines de traitement pour voir apparaître une amélioration nette de l'humeur, subjectivement appréciée d'ailleurs par le malade, mais il persiste un fond d'anxiété diffuse donnant l'impression que l'amélioration est incomplète et fragile. Le médicament continue à être actuellement administré et un recul plus long est nécessaire avant de pouvoir en apprécier le résultat et suivre l'évolution clinique de cet état dépressif atypique.

Il est certes difficile de juger de l'efficacité d'un traitement dans les affections cycliques. Compte tenu de cette importante réserve, il semble bien ressortir de nos observations, comme des travaux antérieurs, que le tofranil apporte une amélioration assez nette et rapide dans les états dépressifs pour qu'elle soit rapportée à son action, qu'il soit employé isolément (observations 1, 7, 8, 9), ou comme prélude à la convulsivothérapie (observation 3), ou comme complément de celle-ci dans les états dépressifs traînants (observations 2, 4, 5, 6). Le médicament doit être prescrit à doses suffisantes. Les cures *a minima* ne semblent pas efficaces, ni durables.

Nous n'avons pas eu habituellement l'impression d'une action aussi spectaculaire dans l'immédiat que celle d'une convulsivothérapie efficace dans les états typiquement et franchement mélancoliques.

L'indication du G. 22355 qui nous semble la meilleure est celle des états dépressifs où prédominent l'aboulie, l'inertie, l'inhibition intellectuelle, qu'il s'agisse d'états dépressifs atypiques, aux confins de la discordance, chez les jeunes, ou des états dépressifs avec éléments involutifs. Plusieurs de nos observations montrent, dans de tels cas, l'effet très favorable de cette drogue, là où l'électrochoc s'était montré inefficace ou peu actif.

L'effet thymoleptique « psycho-régulateur » paraît plus tonique que sédatif, entraînant, comme l'a souligné Kuhn, une levée des inhibitions affectives, un meilleur contact avec l'entourage sans avoir les inconvénients, en ce qui concerne en particulier l'anxiété, des drogues stimulantes, type amines du réveil ou pipéridyl.

Il faudra beaucoup plus de recul pour savoir si vraiment le G. 22355 peut remplacer la convulsivothérapie dans les états mélancoliques. *A priori,* nous ne le croyons pas assez anxiolytique pour y parvenir. Mais il apporte une note nouvelle, originale, dans le traitement des

états dépressifs, qu'il améliore, sans avoir les inconvénients des neuroleptiques dérivés de la phénothiazine (inertie, somnolence), ni provoquer une hypotension gênante, ni enfin empêcher la convulsivothérapie simultanée, comme cela est le cas des alcaloïdes du *Rauwolfia*.

A ce titre il mérite d'être retenu, d'autant plus qu'il ne nous a pas semblé toxique aux doses thérapeutiques. Comme on l'a déjà souligné, les effets atropiniques initiaux s'estompent vite. Les deux cas de rétention d'urine que nous avons rapportés doivent néanmoins inciter à la prudence dans son administration chez les vieillards ou les urinaires.

Cette absence de toxicité, comme d'accumulation et d'accoutumance, permet de prolonger l'emploi des doses d'entretien au-delà de la période critique. Ce qui semble, à l'expérience, nécessaire pendant plusieurs semaines.

BIBLIOGRAPHIE. — Consbruch (U.), Faust (Cl.) : Vergleichende Längschnittbetrachtung der Serumei nweissverhaïtnisse bei exogenen (posttraumatischen) und bei endogenen Psychosen unter der Behandlung mit Reserpin (Sedaraupin) und Phenothiazinabkömmlingen. *II^e congrès internat. de psychiatrie,* Zurich, 1957. — Kuhn (R.) : Ueber die Behandlung, depressiver ustände mit einem Iminodibenzylderivat. *Schweiz. Med. Wschr., 87,* 1135 (1957). — Kuhn (R.), Faust (Cl.) : Ueber die wirkung von Iminobenzylderivaten bei endogenen Psychosen. *II^e congrès internat. de psychiatrie,* Zurich, 1957. — Schindler (W.), Hafliger (F.) : Ueber Derivate des Iminodibenzyle. *Helv. Chim. Acta, 37,* 472 (1954). — Steck (M.), Schneider (G.) et Schneider (Cl.) : Le traitement des états dépressifs par le tofranyl (Geigy). *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française,* Strasbourg, juillet 1958.

Discussion

M. P. Deniker. — A propos de la communication de MM. Pasquet et Langlois, nous voudrions souligner l'intérêt de l'imipramine (G. 22355) dans le traitement des états dépressifs. Depuis la publication initiale de Kuhn, en 1957, bon nombre de cliniciens se sont intéressés au produit, notamment Steck, Kielholz en Suisse, Fazio en Italie, Freyhan aux Etats-Unis, Coirault en France, mais, sauf pour Kuhn et Freyhan, le nombre des cas étudiés n'était pas très important. Aussi, une étude systématique a-t-elle été entreprise dans le service du professeur Delay, qui porte essentiellement sur les états dépressifs classés selon le schéma que nous avons exposé à la précédente séance à propos des traitements par l'isoniazide et l'iproniazide, classement selon la sémiologie d'une part et d'après les éléments étiologiques d'autre part.

Dès maintenant, sur plus de 150 malades traités, nous pouvons faire état de résultats utilisables concernant 123 cas et qui se répartissent ainsi :

Rémissions complètes	18	soit 46 %
Très bonnes améliorations	37	de bons résultats
Améliorations symptomatiques	34	
Echecs ou résultats douteux	28	
Aggravations	6	

Sans entrer dans le détail que nous publierons prochainement, avec le professeur Delay et Mlle Lempérière, disons que les résultats positifs sont

surtout le fait des états de type mélancolique et des dépressions « endogènes », même et surtout dans les formes de la deuxième moitié de la vie, c'est-à-dire en général des cas relevant habituellement de la sismothérapie, au besoin après échec ou épuisement des effets de celle-ci.

Il nous semble utile de souligner encore trois points à propos des effets de l'imipramine.

C'est tout d'abord l'action du médicament sur l'humeur, action qui est différente de celle des neuroleptiques en ce sens qu'on obtient des modifications thymiques foncières du type anti-dépressif.

Deuxièmement, l'action du médicament paraît avant tout suspensive et nous devons dire que plus de la moitié des cas indiqués ci-dessus sont encore en traitement d'entretien.

Enfin, il faut insister sur le fait que l'association des neuroleptiques à l'imipramine peut fournir des succès dans les cas où l'anti-dépresseur semblait insuffisant : nous avons ainsi une série de cas où des traitements alternés montrent que l'adjonction de chlorpromazine et surtout de lévomépromazine — sans effet par elles-mêmes — ont permis d'améliorer très sensiblement les résultats. D'autre part, on a pu obtenir des effets en pratiquant quelques électro-chocs, en très petit nombre, dans des cas où ce traitement était antérieurement inefficace.

Parmi les effets secondaires, il est bon d'ajouter aux inconvénients notés par M. Pasquet la survenue de trois cas d'onirisme, de plusieurs cas de stomatites et d'angines compliquant la saburralité digestive et la constipation. En dehors de ces troubles d'accommodation et du tremblement menu, notons que les vertiges sont souvent particulièrement marqués chez les sujets séniles ou présentant des altérations électro-encéphalographiques diffuses ; ils peuvent revêtir le caractère de vertiges avec chute lors des changements de position de la tête.

En somme l'imipramine, qui jusqu'à présent ne nous a pas montré les caractéristiques des médicaments neuroleptiques, semble plutôt devoir être classée parmi les anti-dépresseurs. Dans une proportion importante des cas, elle remplace le traitement d'électro-chocs, notamment quand elle est associée aux neuroleptiques.

M. Jean Delay rappelle que la synthèse du G. 22355 a été réalisée au cours de recherches visant à obtenir de nouveaux neuroleptiques. Bien que sa formule s'apparente à celle des phénothiazines, il s'agit d'un produit chimiquement différent dont les effets thérapeutiques sont intéressants par leur nouveauté. L'efficacité des neuroleptiques dans les états dépressifs n'est guère comparable, en effet, à leur action sur l'excitation et sur diverses psychoses aiguës ou chroniques. Le G. 22355, actif dans les dépressions mélancoliques ou endogènes, contribue à combler cette lacune de la chimiothérapie.

En ce qui concerne la place du médicament dans la classification que nous avons proposée, et qui comporte trois groupes principaux, les psycholeptiques, les psychoanaleptiques et les psychodysleptiques, les premiers expérimentateurs avaient pensé qu'il s'agissait avant tout d'un sédatif.

Divers arguments nous inciteraient à le classer plutôt dans le groupe des psychoanaleptiques. Le médicament exerce en effet une certaine action stimulante sur l'humeur et entraîne assez fréquemment une réduction du sommeil. En outre, nous avons pu observer dans quelques cas le passage de la dépression à l'hypomanie ainsi que des complications à type d'onirisme transitoire, comme on en voit avec les dérivés de l'acide iso-nicotinique. Il y a donc lieu de penser que le G. 22355 est un stimulant de l'humeur ou anti-dépresseur, qui se situe dans le groupe des psycho-analeptiques.

Prodrome médico-légal d'une méningite tuberculeuse,

par M. de Baudouin, Mlles Haumonte et Lefèvre

De nombreuses publications mentionnent des incidents médico-légaux survenus dans les suites de méningite tuberculeuse. Cependant, rares sont les incidents mentionnés à titre de prodrome. L'observation rapportée en est-elle un exemple ? Vous allez en être juges.

Observation. — C'est à la fin du mois de novembre 1953 que l'attention de la maréchaussée de V... est attirée par la multiplicité des incendies dans la commune. Quatre fois en deux mois le feu s'est déclaré dans des locaux d'habitation, et le dernier incendie aurait été précédé du vol de deux roues et d'une chaîne de bicyclette. Ce n'est toutefois que deux ans après ces événements, mai 1955, que fut arrêté le coupable, qui fit des aveux complets. Il s'agissait du jeune pompier Emmanuel, puisqu'il faut l'appeler par son prénom, couvreur de son état. Il s'était engagé dans le corps des sapeurs-pompiers de V... au mois de septembre 1953, et s'était aussitôt distingué par son courage au feu, se plaçant facilement aux endroits les plus dangereux. Ses qualités, il avait eu l'occasion de les montrer au cours des incendies des mois d'octobre et de novembre de cette funeste année, incendies qu'il reconnaît avoir lui-même allumés.

Deux expertises mentales étudièrent le cas d'Emmanuel. Dans la première (février 1955), l'expert concluait à la débilité mentale légère et à la responsabilité atténuée. Tant de modération ne satisfit pas le tribunal. Dans la deuxième (août 1955), trois experts conclurent à la débilité mentale confirmée. Ils remarquent toutefois que l'inculpé paraît au fond moins débile, que l'examen de ses connaissances scolaires pourrait le laisser supposer. L'examen neurologique note cependant une certaine contracture, qui est mise sur le compte de la timidité et une vivacité des réflexes tendineux, qui reste inexpliquée. Le 25 août 1955, il est interné à l'hôpital psychiatrique d'Alençon. Il s'en évade le 7 janvier 1956 et réintégré le 6 février. Cet incident fit demander son transfert au quartier de sûreté de Hoerdt. On craignait, en effet, à juste titre, qu'une récidive n'entraîne des conséquences médico-légales.

Là se terminerait l'histoire d'un jeune pompier aimant trop son métier, mais en juin 1956 apparaît le premier épisode méningé, associé à un syndrome douloureux abdominal, ayant entraîné l'appendicectomie. A la ponction lombaire, leucocytose à 5,4, albumine 0,5, chlorure 7,7, sucre 0,60, résultats qui se précisent lors d'un deuxième examen : cellules 7, albumine 1,40, chlorure 7,31. Puis l'état s'améliore rapidement. Cette première complication n'empêche pas son transfert au quartier de sûreté de Hoerdt le 27 octobre 1956. Quand on a été considéré une première fois comme un imbécile, il est difficile de faire revenir l'opinion sur son jugement.

C'est une pseudo-appendicite qui avait annoncé le premier épisode méningé, une pseudo-sciatique précéda le second. Dès l'examen d'entrée, on remarque un syndrome douloureux du membre inférieur droit. Tuméfaction douloureuse au niveau du genou. A la radio, un épaississement des parties molles

sans lésion osseuse. Il s'y associait une abolition de l'achilléen droit, un affaissement du pli fessier et une amyotrophie à droite. Ce syndrome douloureux du membre inférieur droit évolua vers une tumeur blanche du genou. Mais le 31 janvier 1957, le malade présente un syndrome méningé typique. Il fut transféré dans le service neurologique du professeur Kammerer à Strasbourg, où ont été recueillis les renseignements suivants : « On pratique une ponction lombaire, le fond d'œil étant normal. L'état du malade s'aggrave considérablement et le coma succède rapidement à un état stuporeux avec agitation. Le 1er février 1957, le malade est transféré à la clinique chirurgicale A, où les trous de trépan sont pratiqués dans la région frontale. La pression ventriculaire est normale et le Dr Dany injecte 50 mg. de streptomycine localement. Ce traitement associé à streptomycine, P.A.S., isoniazide, par voie générale, entraîne une amélioration de l'état avec disparition des signes de coma. Les résultats des examens biologiques sont les suivants : albumine 2,5 g., lymphocytes 360, Bordet-Wassermann 0, culture sur milieu de Lowenstein contaminée. Après le traitement habituel, l'état s'améliore rapidement. Nous ne nous appesantirons pas sur ce traitement et l'évolution biologique du liquide céphalo-rachidien et de l'électro-encéphalogramme. Nous tenons la courbe biologique et les extraits d'électro-encéphalogramme à votre disposition. Ces documents n'offrent rien de remarquable. Le 9 avril 1957, le malade réintègre l'hôpital de Hoerdt, où le traitement est poursuivi, et le 7 novembre 1957 il ne reste du syndrome biologique qu'une hyperalbuminorachie modérée, mais en mars 1958, nouvelle rechute méningée attestée par la recrudescence des signes cliniques liquidiens et électro-encéphalographiques. Ce troisième épisode méningé rétrocède aussi rapidement et le 1er avril 1958 le malade quitte définitivement notre hôpital.

Il avait été préalablement examiné par la Commission médicale des sorties de notre quartier de sûreté (Drs Schoennagel, Burckard et de Baudouin) et soumis à une expertise médico-judiciaire (Dr Singer). Ces deux expertises avaient conclu de la même façon : « La Commission estime que l'état mental, qui avait motivé l'internement de ce malade, peut être considéré comme guéri, cet état étant secondaire au syndrome méningé qu'il a dû présenter depuis plusieurs années. » Pour le Dr Singer : « Le délit pour lequel il a été interné peut être considéré comme un prodrome avant-coureur de sa méningite. »

Ces conclusions posent clairement le problème qui vous intéresse. Faut-il les suivre ? Il faut tout d'abord répondre à deux questions :

1) Peut-on rattacher clairement sa méningite au début des troubles ? Mais, tout d'abord, qui était Emmanuel ?

2) Emmanuel présentait-il la personnalité psychopathique capable d'expliquer ses délits ?

Né le 23 décembre 1927, il fut placé très jeune à l'Assistance publique. Nous n'avons pas de renseignements sur ses parents, qu'il ne connaît pas. Durant son enfance, il fut l'objet de placements familiaux, fréquenta l'école jusqu'à 14 ans sans obtenir son C.E.P. ; de 14 à 18 ans, a travaillé dans une ferme, puis il commence son apprentissage de couvreur. Il se marie en 1947 et de cette union naquirent trois

enfants légitimes, de 5 ans, 3 ans et 2 ans, tous en bonne santé. Sa femme le juge ainsi : « Pas très sociable, assez irritable, de caractère renfermé, mais bon époux et bon père ; il aimait sa famille et aimait son travail. » Il est d'autre part noté sur la fiche jaune de renseignements comme un travailleur régulier et sobre. Pas d'antécédents médico-légaux, mais par contre des renseignements médicaux qui peuvent être intéressants : un traumatisme crânien survenu à l'âge de 10 ans chez sa nourrice. Il reçut un coup de pioche lancé par un camarade et fut transporté étourdi chez le médecin. Cet accident n'eut pas de suites. Plus intéressante est la réforme après deux mois de service militaire, et cette réforme est due à une affection pulmonaire contractée en Allemagne et pour laquelle il fut soigné dans les hôpitaux de Rastadt et de Baden-Baden. Nous ne connaissons pas la nature de cette affection pulmonaire, le Centre de Réforme n'ayant pu nous renseigner sur ce sujet.

L'étude de ses antécédents nous éclaire donc sur sa personnalité qui n'offre rien de remarquable. Nous avons vu que le premier diagnostic porté, de débilité mentale, avait été porté avec quelque réticence. Certes, il n'a pas réussi son C.E.P., mais, si ses notions scolaires sont insuffisantes, elles ne sont pas nulles. Il sait lire et écrire correctement. D'autre part, son intégration dans la vie sociale est bonne. Il se montre capable de nourrir sa famille et de faire son métier. La débilité mentale, diagnostic si fréquent chez les incendiaires, si elle est certaine, n'est pas considérable. D'autre part, sa biographie est calme. On peut penser qu'un déséquilibre des facultés mentales compliquant sa débilité se serait inscrit avant 25 ans dans sa biographie. Enfin, il n'est pas buveur, et son obsession du feu est toute récente. Depuis qu'il est suivi en hôpital psychiatrique, cependant, il présente des signes d'instabilité et d'hypo-excitation. Il est facilement pris pour un sursimulateur, un revendicateur, un esprit tâtillon. On signale son manque de franchise, ses plaintes continuelles, son importunité assidue. Rappelons aussi son évasion de l'hôpital d'Alençon. Cependant, tous ces signes sont probablement des précurseurs de la méningite qui va suivre. Si l'on s'en tient aux antécédents, peu de choses présagent sa délinquance. Mais n'en est-il pas souvent ainsi ? Une remarque s'impose cependant. Ses délits sont tous inscrits dans une période étroite de sa vie, entre le 1er octobre et le 30 novembre 1953, ce qui donne l'impression d'une période critique. Ce caractère critique pose donc le problème d'un prodrome de sa méningite. Cependant, il ne peut s'agir que d'un prodrome lointain. Considérons bien les dates : c'est en novembre 1953 que se situent les incendies et ce n'est qu'en juin 1956, soit deux ans et demi après, que la méningite se déclare cliniquement.

S'il est habituel de voir la réaction médico-légale précéder de si loin l'apparition d'une paralysie générale ou d'une démence, cela n'est pas courant dans une méningite tuberculeuse. Certains arguments plaident cependant en faveur d'une telle éventualité. Tout d'abord le

caractère évolutif de cette méningite. Nous avons noté trois poussées successives (juin 1956, janvier 1957, mars 1958). Ne serait-il pas possible qu'une ou plusieurs poussées infracliniques aient précédé l'évolution observée à l'hôpital ? D'autant plus que les crises observées ont été précédées de troubles du caractère déjà notés. Il devient inquiet, méfiant, importunant, désagréable. Sa femme, le témoin le plus intime de la période médico-légale, nous écrit qu'elle n'a pas observé de changement du caractère. Cependant, certains détails de son récit révèlent chez lui une certaine inquiétude. Il se réveillait en sursaut, croyant entendre les sirènes d'alarme d'incendie. Il couchait avec son casque et son ceinturon à proximité de son lit.

Un troisième argument peut être tiré de l'influence bénéfique de la thérapeutique sur son caractère. Nous avons pu constater dans le Service que les antibiotiques agissent à la fois sur les signes méningés neurologiques et sur son caractère. Il était redevenu calme, docile, bon travailleur.

Enfin, rappelons-nous la fameuse contracture qui avait été signalée dans la première expertise et avait quelque peu inquiété les experts, bien qu'elle ait été ensuite rapportée à la paratonie des débiles dans la deuxième expertise mentale. *A postériori*, un tel signe nous paraît tout de même troublant.

Cet ensemble de faits laisse penser que l'atteinte méningo-encéphalitique a été au moins le facteur déclenchant des réactions médico-légales.

Résultats des premiers essais en psychiatrie du thiocolchicoside (Coltramyl) (*), par M. H. Cénac-Thaly, Mlle Th. Didon et M. René Robert

A une période où se multiplient les essais thérapeutiques, il nous a paru intéressant de signaler l'action contre l'angoisse du thiocolchicoside. Notre expérimentation est en cours, mais nous rapportons dès maintenant les onze premières observations.

Le thiocolchicoside, glucoside dérivé de la colchicine, a une action bien connue sur le système nerveux central. Il lève l'hypertonie musculaire tout en respectant la motilité volontaire. Aussi est-il utilisé depuis quelques années comme « décontracturant », tout particulièrement en rhumatologie et en neurologie.

Nous avons tout d'abord recherché avec le thiocolchicoside la diminution éventuelle des contractions musculaires provoquées par l'électrochoc. Deux essais se sont soldés par un échec total. Les contractions n'ont pas été modifiées et ceci s'explique aisément : le

(*) Nous tenons à remercier les laboratoires Roussel, qui ont bien voulu nous fournir la quantité de coltramyl nécessaire à notre expérimentation.

thiocolchicoside ne détermine aucun effet curarisant ; son action est nulle au niveau de la jonction myo-neurale et semble s'exercer sur la substance réticulée. Par contre, nous avons obtenu un apaisement transitoire de l'angoisse qui nous a incités à poursuivre l'expérimentation.

Nos observations intéressent onze malades : quatre ont été traités en cure ambulatoire, sept en milieu hospitalier, soit quatre en service ouvert et trois en service fermé.

Observation 1. — M. C..., 30 ans, représentant. Névrose d'angoisse dont les premières manifestations remontent à 1955. Le sujet se plaint d'une anxiété quasi-permanente avec manifestations paroxystiques d'angoisse. Il accuse des céphalées frontales, des algies vagues dans la région précordiale et le bras droit, de l'anorexie entrecoupée d'accès de boulimie, des troubles vaso-moteurs. Il exprime des phobies centrées sur les déplacements effectués dans les transports en commun, alors qu'il aime circuler dans Paris au volant de sa voiture. Il se plaint enfin de troubles mnésiques et de fatigabilité psychique.

Ces troubles ont débuté à la suite d'un sevrage brutal. Depuis 1951, peu après son mariage, C... s'adonnait à l'alcool. Frappé d'un malaise dans le métro, il a pris la détermination de renoncer à ses habitudes alcooliques.

Les troubles névrotiques n'avaient pas été sensiblement modifiés par des cures de neuroleptiques et de tranquillisants. En septembre 1958, il a subi en maison de santé une cure de sommeil suivie de quelques électro-narcoses et il a connu une amélioration limitée à une quinzaine de jours.

Une cure de thiocolchicoside a été entreprise à raison de 4 mg. par jour pendant une semaine, en injections intraveineuses. Dès la première injection, le malade déclare qu'il « se sent bien ». Les injections sont suivies immédiatement d'une sensation de soif, de bâillements, de lassitude, puis au bout d'une quinzaine de minutes se produit une détente. Au sixième jour, on assiste à une réactivation de l'angoisse, mais le septième jour, au cours d'une séance de psychothérapie, à une levée de barrages. Le sujet déclare être « enfin débloqué ». Depuis ce moment : sédation à peu près totale de l'angoisse et reprise du sommeil sans somnifère. Par contre, persistance de l'asthénie, que l'intéressé définit ainsi : « Ce n'est plus de la fatigue, c'est une relaxation. » Il doit néanmoins maintenir l'effet du thiocolchicoside par des injections intramusculaires (trois par mois en moyenne).

Observation 2. — M. G..., coiffeur, 45 ans. Il s'agit d'une psycho-névrose obsessionnelle évoluant depuis l'adolescence et s'exprimant notamment par des obsessions homosexuelles. Le malade se plaint d'autre part de manifestations somatiques : céphalées en casque et angor névrotique. Il a subi sans succès une cure d'électro-chocs, puis durant six mois une cure psychanalytique, qu'il a interrompue. Habitant la province, il vient mensuellement à Paris. Nous lui faisons, au cours d'un séjour de 48 heures, trois injections intraveineuses de thiocolchicoside. Dès la première injection, pratiquée le matin, il ressent au bout d'une dizaine de minutes une détente. Ses obsessions lui paraissent se dépouiller de leur charge affective. Cette détente se poursuit l'après-midi. G... se sent relaxé, il conduit sa voiture avec plus

d'aisance, son acuité visuelle s'est accrue. Les rites sont moins incoercibles : le sujet se lave moins souvent les mains.

L'amélioration se maintient durant huit jours, puis reprise de l'angoisse. Revu au bout d'un mois, G... ne conserve de son amélioration précédente que son aisance à conduire. Nous reprenons les injections de thiocolchicoside : sept en trois jours. Une régression intervient aussitôt, se traduisant par une levée de barrages et l'abandon des rites obsessionnels. G... repart apaisé. Il est revu trois semaines après. L'effet s'était maintenu. Il reçoit, sur sa demande, trois injections intraveineuses. Un mois plus tard, l'angoisse ne s'est pas manifestée.

Observation 3. — M. D..., 42 ans. Psychasthène vu à l'occasion d'un paroxysme anxieux. Il se plaint d'asthénie à prédominance matinale, de dysmnésie et d'aprosexie, d'insomnies tenaces et de troubles somatiques tels que céphalées occipitales et en casque. Il présente des accès de boulimie et de dipsomanie. Il exprime des phobies, dont certaines remontent à l'enfance (peur des chiens par exemple) et surtout la crainte d'une évolution psychotique, comme chez l'une de ses deux sœurs, qui a subi une lobotomie pour psycho-névrose obsessionnelle grave.

La névrose a été longtemps compensée par la pratique des sports, que des lombalgies ont fait abandonner et aussi par des activités culturelles (conférences, mouvements de jeunesse).

D... est soumis à une cure de thiocolchicoside. Dès la première injection, la céphalée disparaît. Le sujet a une sensation d'euphorie, de fraîcheur dans les jambes ; ses difficultés de concentration psychique et ses troubles mnésiques s'estompent ; il lit avec facilité. Il conduit sa voiture avec plus d'aisance, Il abandonne l'usage quotidien de somnifères. Après la cinquième injection, il se heurte à une difficulté professionnelle et il en éprouve une angoisse, qu'à sa propre surprise il domine aisément.

La stabilisation sera assurée par une cure d'injections intramusculaires : trois injections de deux ampoules pendant deux semaines, puis deux injections de deux ampoules la semaine suivante. L'état du malade reste satisfaisant. D... éprouve une impression constante de calme et de sérénité. Ne persistent qu'une insomnie d'endormissement et des troubles neuro-végétatifs ressentis d'ailleurs sans angoisse.

La rémission est néanmoins fragile et nécessite de temps à autre une injection intramusculaire, tous les dix jours en moyenne.

Observation 4. — M. B..., 39 ans, boulanger. Il vient consulter pour une impuissance totale qui persiste depuis deux ans. Son attitude est celle d'un psychasthène particulièrement anxieux. Après la quatrième injection intraveineuse de thiocolchicoside, il a un rapport sexuel, mais avec éjaculation précoce. Après la dixième injection, la fonction sexuelle est restaurée.

Chaque injection a déterminé chez lui une détente. B... se sentait apaisé, plus dynamique. Son acuité auditive était plus vive et il conduisait sa voiture avec plus d'aisance.

Le traitement est arrêté après dix injections intraveineuses, à la demande du sujet, qui se déclare guéri. B... n'a pas été revu.

Observation 5. — Mme L..., 38 ans, sans profession. Mariée à un psychasthène et mère de deux enfants, elle présente depuis plusieurs années un

comportement névrotique d'allure hystérique. Elle a été transférée dans le service par l'hôpital du Val-de-Grâce, où elle avait subi cinq électro-chocs pour un syndrome dépressif. Au décours du traitement s'est installé un état d'excitation hypomaniaque qui a provoqué l'internement.

Mme L... est soumise à la chlorpromazine, et au bout de 48 heures à une première injection intraveineuse de thiocolchicoside. Le résultat est spectaculaire. L'excitation cède brutalement et ne se reproduira pas les jours suivants. Mme L... n'est plus logorrhéique, elle a perdu sa causticité et son agressivité. Le contact est bon, l'activité adaptée. Elle reçoit 8 mg. de thiocolchicoside le premier jour, 4 mg. les sept jours suivants. Elle quitte le service, ayant récupéré, selon le mari, son état psychique antérieur. Le fond hystériforme n'est évidemment pas modifié, mais l'excitation psychique a disparu.

Observation 6. — Mme M..., 70 ans, retraitée. Il s'agit d'une névrose psychasthénique décompensée qui, depuis 1948, a nécessité des séjours de plus en plus rapprochés en service ouvert. Mme M... présente des états dépressifs à forme hypocondriaque. Ces accès ont d'abord cédé à l'électrochoc, mais la rémission a été fragile et de plus en plus courte. Les neuroleptiques et les tranquillisants ont donné des résultats médiocres. Mme M... se plaint d'anxiété, de céphalées, de palpitations, de troubles dyspeptiques et d'une sensation de boule pharyngée. Elle exprime sa conviction d'être atteinte d'un cancer. Elle présente enfin un hémispasme facial. Ses troubles sont réactivés par une cataracte et par la maladie du mari.

On pratique une série de sept injections intraveineuses à raison d'une injection de 4 mg. par jour. Dès la première, la malade constate une disparition de la constriction pharyngée et des céphalées. Elle se sent détendue. La régression des troubles se poursuit les jours suivants. L'hémispasme facial s'atténue.

La cure a dû être abrégée par défaut d'échantillonnage. L'amélioration obtenue s'est avérée instable. Au bout de trois semaines, les troubles psychosomatiques se sont à nouveau manifestés. Mme M... a repris l'exposé de ses préoccupations hypocondriaques, mais la tonalité s'est dépouillée de la dramatisation anxieuse.

Observation 7. — Mme G..., 59 ans. Elle a été admise en cure libre pour un syndrome mélancolique atypique, dont le début remontait à six mois. Elle présentait un ralentissement idéo-moteur très marqué, entrecoupé de phases d'agitation, au cours desquelles elle répétait d'une façon incoercible des phrases incohérentes et stéréotypées, litanies à syntaxe enfantine.

Une injection intraveineuse pratiquée avant le premier électro-choc interrompt brusquement la logorrhée et apaise l'agitation.

Dans un tel état, le thiocolchicoside ne pouvait être appliqué en vue de la cure. L'effet recherché était la réduction des contractions au cours de l'électro-choc, ce qui devait aboutir à un échec. Par contre, une cure d'électro-chocs et de neuroleptiques a rapidement liquidé le syndrome mélancolique sans que subsistent les signes redoutés d'une détérioration.

Observation 8. — Mme C..., 52 ans. Admise en cure libre pour une mélancolie délirante, elle manifestait une angoisse vive, une douleur morale, des idées de culpabilité et de persécution.

Une injection intraveineuse de 4 mg. de thiocolchicoside entraîne la sédation passagère de la douleur morale, mais ne modifie nullement les contractures au cours de la sismothérapie, qui a permis la liquidation de l'accès mélancolique.

Observation 9. — M. P..., 52 ans, cimentier. Le malade est admis au service ouvert pour un accès mélancolique évoluant depuis plus d'un an et traité à deux reprises à l'hôpital de Melun par sismothérapie, sans résultat appréciable. Notion d'un épisode antérieur il y a une dizaine d'années. Le fils a également présenté récemment un accès mélancolique.

A son entrée, P... manifestait une anxiété morne, une douleur morale, une inhibition psycho-motrice marquée, des préoccupations hypochondriaques, de l'insomnie, des idées d'incurabilité, de culpabilité et de suicide. Cet état a résisté à toutes les thérapeutiques entreprises. En dépit de l'administration massive et prolongée de neuroleptiques, l'état dépressif a persisté, et au bout de huit mois on voyait apparaître les éléments d'un syndrome de Cotard : idées d'immortalité, idées de négation du monde, de sa propre existence et d'organes, idées d'énormité.

Une cure de thiocolchicoside est tentée. Après la troisième injection intraveineuse, P... semble amélioré. Il sort de son isolement et déclare retrouver le sommeil. Il admet la possibilité d'une guérison et n'est plus certain d'être condamné au bagne. Le traitement est poursuivi à raison de deux injections de 4 mg. par jour. Les idées délirantes commencent à s'estomper lorsqu'au cinquième jour apparaît une rechute avec aggravation très nette des troubles. Le traitement est suspendu et l'aggravation s'estompe. Nous émettons l'hypothèse d'un surdosage et nous reprenons au huitième jour les injections à la dose quotidienne de 4 mg. Une amélioration se dessine à nouveau, mais au bout de 48 heures survient une nouvelle aggravation, qui nous fait abandonner définitivement le traitement.

Observation 10. — M. R..., 31 ans. Il est admis dans le service pour une schizophrénie évoluant depuis huit ans. Il apparaît replié, apragmatique et anxieux. Il déclare : « La solution pour moi, c'est la lobotomie ou le suicide. » Par contre, pas de discordance manifeste.

Les premiers signes de l'affection ont été observés en Indochine. Engagé en 1950, il avait dû être hospitalisé au bout de quelques mois à Hanoï, où le diagnostic de schizophrénie à forme hébéphréno-catatonique a été porté. Depuis son rapatriement, il a fait plusieurs séjours hospitaliers et il a subi des cures d'électro-chocs, d'insuline, de largactil et de serpasil. Il a été suivi durant quelques mois en psychothérapie. Dans le service, il a été soumis à une cure de sommeil, puis à des doses assez importantes de neuroleptiques.

Au bout de dix mois, son état ne s'est pas modifié. Le contact reste labile. La seule activité est la promenade solitaire dans le parc. Le traitement est suspendu et une cure de thiocolchicoside entreprise à la dose quotidienne de 8 mg. La première injection procure une détente provisoire. Au troisième jour, le malade se dit un peu soulagé du tourment de la vie. Il rit au cours de l'entretien d'une manière adaptée. Progressivement et rapidement le comportement se modifie : au quatrième jour, R... va prendre, de sa propre initiative, une douche, puis il joue au bridge. Au cinquième jour, la mimique est devenue riche, souriante et adaptée. Au sixième jour, il se prête à un long entretien. On poursuit la cure mais très vite une rechute inter-

vient. On abandonne alors le thiocolchicoside et on reprend les neuroleptiques, qui permettent en quelques semaines la restauration d'une sociabilité médiocre, incompatible avec un essai de réinsertion sociale.

Observation 11. — Mlle R..., 29 ans, sans profession. Placée pour schizophrénie en service fermé, elle se présente en état de stupeur catatonique. Elle oppose un mutisme absolu et un refus obstiné d'aliments. On note une conservation des attitudes. Mlle R... a déjà fait l'objet, il y a neuf ans, d'un internement en hôpital psychiatrique, et a subi une cure de Sakel qui a permis une rémission jusqu'à ces derniers mois.

Nous la soumettons à une cure de thiocolchicoside à raison de deux, puis trois et enfin quatre injections intraveineuses quotidiennes de 4 mg. chacune. L'injection provoque un déblocage passager, mais spectaculaire. La malade renonce un temps au mutisme, ce qui nous permet de rédiger son observation. Elle extériorise des idées de culpabilité, des hallucinations auditives accusatrices. Elle explique que la piqûre lève en elle un barrage. Peu à peu l'attitude se modifie. Elle s'alimente seule, fait son lit et tricote pendant les deux heures qui suivent l'injection.

L'amélioration spectaculaire survient dans la demi-heure qui suit l'injection et persiste en moyenne trois heures. Nous avons poursuivi la cure douze jours, en augmentant et en fragmentant la posologie.

Bien entendu, le problème n'était pas résolu, et nous avons soumis la malade à une cure de Sakel. Cette dernière cure a donné un résultat exceptionnellement rapide et la malade est sortie.

Dans ce cas, le thiocolchicoside a incontestablement assuré un contact et facilité la thérapeutique ultérieure.

Notre étude de onze cas porte sur six névroses, trois syndromes mélancoliques et deux schizophrénies.

Nous avons administré le thiocolchicoside en injections intraveineuses, à raison de 4 à 8 mg., parfois 12 mg., et, dans un cas, 16 mg. par jour. La durée du traitement a comporté bien des variations, mais elle a rarement excédé dix jours. Dans l'ensemble, la posologie a été assez faible, mais le produit nous a paru bénéficier d'une grande tolérance. Dans la plupart des cas, l'injection intraveineuse est suivie immédiatement de bâillements et d'une sensation de lassitude, à laquelle succède au bout d'un quart d'heure environ une sensation de détente. Le sujet accuse souvent un accroissement de l'acuité visuelle, puis il manifeste un regain d'activité. Nous avons noté au cours de deux cures ambulatoires une plus grande aisance du sujet à conduire sa voiture, et dans les deux cas de schizophrénie la reprise d'une activité pragmatique. Ces manifestations sont de courte durée et n'excèdent guère deux à trois heures. Fait important, elles ne comportent pas d'effets secondaires. Voyons maintenant les résultats thérapeutiques. La cure des trois syndromes mélancoliques s'est soldée par un échec. Nous n'avons pas insisté dans notre tentative. Dans deux cas elle était menée concurremment avec la cure de neuroleptiques et d'électrochocs qui ont rapidement liquidé l'accès. Visiblement, le thiocolchicoside a été sans effet et n'a pas renforcé l'action

thérapeutique. Le troisième cas était une mélancolie chronique qui avait résisté aux thérapeutiques de choc et aux neuroleptiques. Nous avons observé une aggravation, le sujet extériorisant avec plus d'ampleur et d'angoisse un syndrome de Cotard.

Les deux cas de schizophrénie à forme hébéphréno-catatonique ont été modifiés de façon très transitoire. L'apragmatisme a été levé quelques heures. Pourtant, nous avons eu l'impression, en établissant un contact éphémère, d'avoir facilité d'autres thérapeutiques.

La véritable indication du thiocolchicoside se résume à la cure des états névrotiques. Nous avons obtenu un apaisement de l'anxiété et de ses manifestations psychosomatiques. La rémission a été complète dans quatre des six cas traités. Elle s'est avérée fragile dans les deux autres cas et elle a nécessité des cures d'entretien. Nous avons utilisé à cet effet la voie intra-musculaire. Actuellement, nous envisageons de recourir à l'administration orale.

En résumé, nous retenons du thiocolchicoside son action anxiolytique. Cette action se rapproche de celle des tranquillisants. Nous retrouvons, succédant assez rapidement à l'injection intraveineuse, un état d'ataraxie. Le sujet apparaît détendu, détaché de son angoisse. Les contenus affectifs en sont vécus avec une certaine neutralité. Le malade a perdu sa réactivité exquise aux émotions.

Mais l'action du thiocolchicoside diverge de celle des tranquillisants car elle ne provoque pas de somnolence : au contraire elle lève l'inhibition motrice et permet une reprise de l'activité.

Il s'agit en dernière analyse d'une thérapeutique d'appoint qui nous a paru intéressante. Le thiocolchicoside est parfaitement toléré et ne comporte pas de contre-indications. Si son efficacité est variable, il semble en tout cas faciliter d'autres thérapeutiques, et en particulier la psychothérapie.

Etude clinique et neuro-endocrino-physiologique de quelques « embrasées » (érotisme et jalousie pathologiques), par M. Paul Abély, Mme N. Richardeau, MM. J.-Cl. Benoit et G. Dedieu-Anglade.

Ce qualificatif « d'embrasées » que nous employons ici rappelle le titre d'un roman déjà ancien de Michel Corday. L'auteur y décrivait les tourments érotiques des tuberculeuses pulmonaires. Cette exaltation génésique se retrouverait d'une façon identique chez beaucoup de sujets masculins atteints de la même infection bacillaire, et dans cette même ambiance sanatoriale ?

Il est banal de retenir que fréquemment une fatigue transitoire, un état subfébrile ou subtoxique, l'insomnie, et même la cachexie alimentaire, exaltent le désir sexuel, alors qu'à l'opposé l'état pléthorique,

l'obésité, la suralimentation, l'hyperglycémie, le diminuent. Nous connaissons, nous psychiatres, l'excitation amoureuse, fréquente, des malades qui sortent du coma hypoglycémique. Il y a certainement là des explications biologiques.

Ce schéma théorique se contrôle habituellement chez l'homme. Il est en revanche beaucoup plus aléatoire, beaucoup moins simple, dans le sexe féminin.

Première partie : Erotisme féminin pathologique

Dans le Service, ou en dehors de lui, nous avons pu regrouper au cours de ces derniers mois quelques-unes de ces embrasées. Pour la clarté de notre exposé, et surtout pour être conformes à la réalité clinique, nous allons les diviser en deux catégories : celle des jeunes, en plein activité endocrinienne ; celle des femmes arrivées au déclin de cette activité, c'est-à-dire à la phase pré-ménopausique ou ménopausique.

A. — *Sujets jeunes de 20 à 45 ans :* Quand on regroupe les cas divers ainsi retenus, on remarque qu'ils appartiennent à des types nettement distincts, tant au point de vue morphologique, que libidinal, endocrinien, neurovégétatif et psychique.

Il nous a semblé pouvoir retenir ainsi six groupes : 1) les hyperfolliculiniques ovariennes ; 2) les hyperlutéiniques ovariennes ; 3) les hyperhypophyso-folliculiniques ; 4) les hyperhypophyso-lutéiniques ; 5) les hyperthyroïdiennes (hyperthyroïdie, soit d'origine glandulaire directe, soit d'origine hypophysaire) ; 6) les hyperandrogéniques. Les contrôles hormonaux permettent de situer chaque intéressée dans le groupe correspondant, en procédant aux dosages de la folliculine, du prégnandiol, des 17-cétostéroïdes, des gonadotrophines sériques et chorioniques, enfin à la mesure du métabolisme basal.

Conjointement, il importe d'obtenir du sujet des confidences qui permettent de situer son type libidinal et d'orgasme. C'est ainsi que l'on a pu différencier deux types nettement distincts : les clitoridiennes et les vaginales.

Il est évident que les clitoridiennes seront le plus souvent des *hyperandrogéniques*, alors que les secondes se retrouveront presque uniquement dans la catégorie des *hyperphypophyso-folliculiniques* par excès de gonadotrophines sériques. Les premières sont gratifiées d'une pilosité plus ou moins masculine, parfois discrète. Elles sont hypersthéniques, facilement agressives dans la diplomatie sentimentale, tout en étant d'une affectivité peu développée, à prédominance égocentrique et sans instinct maternel. Elles peuvent aboutir à des tendances homosexuelles, mais assez rarement cependant, et d'une façon occasionnelle. L'un de nous en a décrit quelques observations dans un livre vieux de dix ans, l' « Introduction à l'étude de l'endocrino-psychia-

trie ». Elles sont en général assez ossues, trapues, de taille quelconque, le plus souvent moyenne ou petite.

Tel est le cas de Mme X..., 36 ans, dont deux d'entre nous ont parlé lors de la séance du 27 octobre dernier devant notre Société. On retenait aux contrôles biologiques que les 17-cétostéroïdes étaient nettement augmentées et dépassaient 10 mg. par vingt-quatre heures, alors que le métabolisme basal oscillait entre + 30 et — 10 selon les phases du cycle.

La seconde, également présentée à cette même séance, Mme X..., 29 ans, montrait au contraire des 17-cétostéroïdes basses, moins de 5 mg. par vingt-quatre heures, un métabolisme basal quasi-normal, et les signes classiques de l'*hyperfolliculinie ovarienne*. Elle ne retrouvait son équilibre mental qu'en période de grossesse, lorsque cet excès de folliculine était temporairement freiné. C'était par ailleurs une cyclothymique évidente, exposée à de brèves bouffées confusionnelles. Elle était de morphologie longiligne et assez grêle.

Lorsque, pour une cause quelconque, on opère de tels sujets, on constate fréquemment la présence d'ovaires polykystiques, en état d'hypersécrétion.

Une femme d'équilibre normal se place dans la catégorie mixte, à la fois clitoridienne et vaginale, avec simplement la possibilité d'une légère dominante dans un des deux sens, et avec un équilibre satisfaisant entre les stimuli hypophysaires et les hormones ovariennes.

Mais il est une catégorie particulièrement polarisée, c'est celle des *hyperhypophyso-folliculiniques*. Celles-ci sont strictement vaginales et les excitations extérieures les laissent sans émoi. Ce sont en général des sujets de taille quelconque, assez grassouillettes, aux seins un peu lourds, atteintes de laxité ligamentaire, de fragilité capillaire, de céphalées violentes aux époques prémenstruelles, hypersensibles au point de vue affectif, facilement déprimées. Le dosage des gonadotrophines sériques indiquent un taux élevé, alors que le dosage de la folliculine urinaire se situe autour de la normale (un peu au-dessus) et que le taux du prégnandiol est bas.

Les *hyperhypophyso-lutéiniques*, contrôlables par le taux anormalement élevé des gonadotrophines chorioniques et occasionnellement de prégnandiol, sont exposées aux accès excito-confusionnels. Elles sont en général de taille moyenne ou petite, sans tendance à l'obésité, trapues, solides, avec un indice de Pende faible. Elles ont un instinct et une aptitude procréatrice très développés. Leur érotisme fréquent est lui-même surtout instinctif, dicté par les conditions précédentes, avec un sentiment maternel plus spécialement fixé sur les tout-petits. Ce sont en général d'excellentes nourrices, chez qui la lactation est favorisée par un faible taux de folliculine.

L'érotisme des *hypercorticosurrénaliennes* et celui des *hyperthyroïdiennes* ont quelques traits communs que seuls les laboratoires et les dosages hormonaux permettent de différencier. Elles ont comme

symptômes communs un fréquent hirsutisme, une tension artérielle un peu au-dessus de la normale, une libido exigeante, un caractère difficile et agressif. Mais, alors que les cortico-surrénaliennes ne s'embarrassent pas, dans leur pragmatisme sexuel, de complications affectives excessives, les secondes au contraire, les hyperthyroïdiennes, sont très tortueuses en ce domaine, hypernerveuses, hyperémotives, impulsives, coléreuses et lunatiques, pouvant aboutir à des phases d'excitation confusionnelle, et même à des bouffées délirantes. Elles sont, comme nous le verrons par la suite, d'une jalousie à fleur de peau.

Ce type correspond à une malade actuellement dans le Service, Mme C..., 25 ans, dont le métabolisme basal se maintient toujours aux environs de + 30, alors que ses 17-cétostéroïdes sont à un taux de 8 mg. par vingt-quatre heures. Elle est anormalement trémulante et tachycardiaque. Son déséquilibre émotif, ses réactions coléreuses et impulsives sont tels que nous l'avons soumise à un électroencéphalogramme qui s'est montré négatif. Son test de Rorschach est dominé par la raideur, la tension, la difficulté du contact affectif adapté. C'est ainsi que son érotisme est dirigé par un essai de rééquilibre, par la recherche de compensation à un mariage qui l'a déçue, par un inconscient désir de représailles. A noter qu'elle n'est frigide qu'avec son mari.

Cet érotisme est autant *intellectuel que physique.*

B. — *Sujets de plus de 45 ans* (*préménopausiques ou ménopausiques*) : C'est incontestablement à celles-ci que s'adapte le mieux le qualificatif « d'embrasées ». Car, chez elles, il s'agit vraiment du rougeoiement d'un ciel d'automne avant le coucher du soleil.

C'est ainsi qu'une de nos malades, encore présente dans le Service, Mme R..., actuellement âgée de 49 ans, mais entrée dans la période ménopausique depuis quatre ans, est en pleine anarchie hypophysaire et du comportement. Elle en est à son troisième accès hypomaniaque, elle est écarlate de par ses bouffées de chaleur, et elle est littéralement emportée par un érotisme déchaîné. « J'essaie bien d'être sage, dit-elle, mais c'est plus fort que moi. Il me faut quelqu'un pour ma santé. Il y a tant de beaux garçons à Paris ! Et puis mon mari, un peu fatigué, ne me suffit plus. » D'une inconscience et d'un cynisme désarmants, elle a fait part de ses tourments à son époux et lui a demandé de lui laisser plus de liberté, « sinon elle tombera malade ». Elle avait eu un éveil sexuel assez tardif, elle avait eu quelques rares et brèves aventures, mais dans les limites de la prudence et de la discrétion, d'autant plus qu'elle était dominée par la crainte de devenir enceinte. Elle n'avait jamais eu de trouble du comportement. Mais depuis sa ménopause elle n'est obsédée que par cette unique pensée, elle part à la recherche d'un partenaire possible, et rien ne l'arrête, pas même la présence d'un grand fils de 20 ans. Et elle a fait, depuis 1955, trois accès hypomaniaques « par défaut, dit-elle, de satisfaction ».

A ce début de ménopause, l'hyperfonctionnement global hypophysaire essaie, par ses stimuli, de revigorer un ovaire qui répond de moins en moins. Mais quand, un peu plus tard, cet ovaire ne répond plus du tout, les stimuli hypophysaires, toujours actifs et opérant à vide, dérivent leur action vers d'autres glandes encore en activité. C'est alors la phase réactionnelle de l'hyperactivité corticosurrénalienne ou thyroïdienne.

L'hyperthyroïdie de la ménopause ne provoque pas d'hyperérotisme, elle aboutit seulement, soit à la maladie de Basedow ménopausique, soit à l'épuisement rapide d'une glande fragile, c'est-à-dire au myxœdème climatérique.

Au contraire, la phase d'hypercorticosurrénalisme provoque une hypersécrétion des androgènes, un début de virilisation, et aussi un appétit érotique envahissant, qui conduit sa victime, soit à des troubles importants du comportement sexuel, soit à l'affolement affectif auto-accusateur, à la mélancolie anxieuse, et même au suicide. Ici encore, les dosages hormonaux et les variations du métabolisme basal expliquent ces incidences érotiques.

Alors que chez les femmes jeunes nous avons retenu six formes d'érotisme pathologique, à la période d'involution nous n'en retrouvons que deux : soit de forme hypophysaire préménopausique, soit de forme corticosurrénalienne lors de la ménopause confirmée.

A chacun des types que nous avons décrits correspond fréquemment une thérapeutique particulière et souvent efficace, que nous n'avons pas la place d'exposer aujourd'hui, mais que domine une règle commune : ne jamais administrer d'hormones mâles, lesquelles ne font qu'accentuer l'érotisme, même chez celles classées comme hyperfolliculiniques, il faut avoir recours chez ces dernières seulement au lutogyl et aux extraits mammaires.

Ce sont quelques malades récemment soumises à nos soins qui nous ont inspiré cet article. Nous n'avons abordé ici que l'érotisme féminin pathologique en partie sous la dépendance d'une dysharmonie neuro-endocrinienne. Nous n'avons retenu que certains groupes, il y en a peut-être d'autres, car *l'érotisme féminin est beaucoup plus compliqué dans sa physiologie que l'érotisme masculin.*

Il a aussi ceci de particulier qu'il a une parenté curieuse avec la frigidité et que souvent il s'agit de mêmes explications alternées ou inversées. Les endocrinologues ont actuellement tendance à traiter cette frigidité par les hormones chorioniques (ce que l'un de nous avait déjà écrit en 1948). Mais il est évident que le psychisme et le neurovégétatif jouent un rôle également très important, aussi bien dans l'hyperérotisme que dans la frigidité. On a démontré expérimentalement le réflexe neuro-hormonal, on peut tout aussi aisément découvrir le réflexe psycho-hormonal. Il s'agit d'un véritable circuit fermé et à double sens : psycho-neuro-endocrinien. La cause perturbatrice peut se situer à un étage quelconque de ce circuit. Il importe de situer le point exact de ce court-circuit.

Les malades psychopathes, surtout celles hospitalisées, expansives, libérées de toute contrainte et pudeur, peuvent être observées plus directement, plus longtemps, et il est facile de les soumettre à des examens biologiques. C'est dans de tels cas qu'on peut mieux éclairer ce problème. C'était là aussi la préoccupation constante de Freud, qui, plusieurs fois, écrivit que l'hormonologie serait un jour l'auxiliaire indispensable de la psychanalyse et de la psychologie sexuelle.

Deuxième partie : jalousie et érotisme

Avant d'en terminer, nous voudrions, très brièvement, signaler les rapports de l'érotisme pathologique et de la jalousie morbide, les deux coïncidant assez fréquemment. Ici encore il faut en revenir aux deux catégories précédentes :

A. — *Tout d'abord à la jalousie de la femme jeune :* Elle affecte deux présentations cliniques :

a) La jalousie à présentation agressive, harcelante, interprétante, tumultueuse. Celle-ci ne se rencontre que chez l'hyperthyroïdienne et se calme bien par le frénantol composé. Peut-être a-t-elle une origine toxique par excès de thyroxine ?

b) La jalousie à présentation inquiète, silencieuse, douloureuse, lancinante, torturante, mais muette, qui est réservée à l'*hyperhypophyso-folliculinique.*

B. — *Ensuite la jalousie de la femme en période de ménopause :* Il s'agit d'une jalousie réactionnelle, justifiée ou non, qui s'accompagne de colères paroxystiques et de désarroi affectif. C'est la forme la plus dangereuse, car elle peut aboutir aux réactions impulsives graves et désespérées, meurtrières ou suicidaires, réactions, elles aussi, liées à l'anarchie endocrinienne de cette époque et aux profondes perturbations vasculaires et neurovégétatives qui les accompagnent.

Il est à retenir que la jalousie de l'hyperthyroïdienne ressemble par beaucoup de points à la jalousie des femmes alcooliques ou caféiniques. Il est probable qu'une intoxication par la thyroxine en excès explique cette ressemblance. La jalousie de l'hyperhypophysofolliculinique est beaucoup plus affective et intellectuelle, bien moins instinctive et plus anxieuse.

A la jalousie ménopausique, surtout du début involutif, s'associent d'importants apports psychologiques, comme chez l'hystérectomisée. Mais, alors que chez cette dernière les implants de suppléance peuvent maintenir l'équilibre instinctivo-affectif, il n'en est plus de même chez la ménopausée naturelle, où ces mêmes implants sont sans effet et non dépourvus de danger.

Manie chronique post-traumatique évoluant progressivement depuis 3 ans vers un affaiblissement démentiel, par MM. P. Joubert, M. Echenoz et R. Misrahi.

Les cas d'excitation maniaque survenant à la suite de traumatismes se retrouvent assez fréquemment dans la littérature médicale, mais il est classique de dire que ces états sont le plus souvent réversibles et qu'ils surviennent chez des sujets prédisposés. Le cas que nous rapportons aujourd'hui semble s'écarter de ces données et nous paraît intéressant par son évolution progressive vers un état d'affaiblissement démentiel et d'atrophie cérébrale, et aussi par les rapports étroits qu'il a présentés avec un syndrome hypothalamique.

Observation. — Mlle G. M..., née le 21 septembre 1932 (26 ans), de parents bien portants, est la cadette d'une famille de six enfants. On ne trouve pas chez elle d'antécédents héréditaires et familiaux, d'ordre psychiatrique ou neurologique. Dans ses antécédents personnels il n'y a rien à signaler, à part des maladies infectieuses de l'enfance, sans complications.

Cette jeune fille qui, aux dires de son entourage, était d'un fond mental normal, possède son C.E.P., aidait sa famille dans l'exploitation d'une petite propriété et s'occupait activement de la J.A.C.

Elle mène une vie normale jusqu'au 22 août 1955, date à laquelle elle fut victime d'un accident de vélomoteur (vélomoteur que son père venait de lui offrir).

Après son accident, elle fut transportée à l'hôpital général, où elle resta dans le coma une quinzaine de jours. Le traumatisme occasionna chez elle les lésions suivantes : fracture du rocher droit ; fracture de l'ethmoïde ; fracture du frontal, à droite, sans embarrure ; fracture ouverte de la branche horizontale du maxillaire inférieur ; fracture du maxillaire supérieur ; fracture de l'extrémité inférieure du radius et de la styloïde cubitale, avec luxation en arrière du carpe, à gauche.

Une fois sortie du coma, elle présenta progressivement un état d'exubérance et d'excitation, tandis que la confusion mentale se dissipait.

Elle resta à l'hôpital général jusqu'au 13 octobre 1955, sans grande amélioration au point de vue mental. Devant ce syndrome psychiatrique qui persistait, en décembre 1955, la famille consulta l'un de nous, qui la dirigea vers un centre neurologique pour de plus amples investigations.

Après un séjour de quatre à cinq jours, on nous adressa le rapport suivant : « Mlle M... présente un état d'hypomanie, à manifestations surtout verbales, post-traumatique, spécialement saisissant. On ne retrouve aucun symptôme neurologique en foyer, fond d'œil normal, T.A.R. normale, absence même de tout symptôme de la série classique du syndrome cranio-cérébral post-traumatique, céphalées, vertiges, etc.... Mais état général « moyen », et derrière l'état d'agitation verbale et l'euphorie, diminution apparemment importante capacitaire globale, sans doute transitoire, et d'autant plus marquée que l'agitation mentale empêche l'accomplissement valable d'épreuves psychotechniques.

Le liquide céphalo-rachidien est normal, ainsi que l'électro-encéphalo-

gramme, ce dernier apportant ainsi un élément de bon pronostic. La ventriculographie montre de grosses cornes frontales, mais je ne pense pas qu'il y ait là quelque chose de pathologique. Par contre, le ventricule médian est un peu gros dans tous les diamètres, ce qui semble nettement pathologique. »

Malheureusement, ce pronostic optimiste ne s'est pas vérifié et, quatre mois après, le 4 avril 1956, la famille fut obligée d'hospitaliser la malade dans notre service, son état rendant la vie familiale très difficile.

Dès l'entrée, on est frappé par l'aspect morphologique infantile de cette malade : très petite de taille, elle mesure 1 m. 42, elle a de petites mains, mais semble bien proportionnée dans l'ensemble. Ses parents, sans être aussi petits, sont de petite taille. Elle manifeste son exubérance dès le premier abord, parle très vite, toujours avec le sourire, veut embrasser tout le monde et s'agrippe pour essayer de le faire. Très contente d'elle-même, elle débite toute une série de faits à un rythme très rapide, avec un certain puérilisme.

« J'ai embrassé l'Abbé Untel... Je me suis fiancée à M. X..., il m'a écrit trois lettres... Il est plus beau que vous..., embrassez-moi Docteur, je m'en vais à Pâques pour me marier... » Elle accompagne ses paroles d'une mimique très expressive en accord avec ce qu'elle exprime. Il n'existe pas de confusion, elle est très syntone et bien orientée dans le temps et l'espace.

Emportée par le flot de ses paroles, elle invente des situations et de fausses reconnaissances, mais elle éclate de rire et corrige aussitôt ce qui n'est que le fruit de son imagination et de son activité ludique. Elle remarque un tas de petits détails autour d'elle : la cravate du médecin, le pli de son pantalon, etc..., mais toutes ses idées restent superficielles, se succédant très rapidement, et marquant un assez profond affaiblissement mental.

Les idées qu'elle manifeste sont le plus souvent d'ordre érotique et parfois s'accompagnent d'un certain exhibitionnisme. « Je suis fiancée à X... Je suis enceinte de lui..., etc... » Rarement se mêlent quelques idées mystiques. Les personnages qui reviennent le plus fréquemment dans le discours sont le père, le frère, tandis que la mère est pratiquement ignorée.

Au début de son hospitalisation, le ton était plutôt injurieux à l'égard de son père, elle lui reproche son accident (à cause de l'achat du vélomoteur). Maintenant elle fait, au contraire, des comparaisons souvent flatteuses à son égard.

Tel est l'essentiel du tableau psychiatrique et, en résumé, cela rappelle un état maniaque un peu atypique avec nombreuses stéréotypies.

Au point de vue neurologique, l'examen montre seulement des réflexes vifs et polycinétiques.

Notons que la famille se plaint que cette jeune fille boit et urine beaucoup, parfois cinq litres par jour. Dans le service, nous avons essayé de mesurer la quantité du liquide ingéré et éliminé et nous sommes arrivés à un total de trois litres environ. Ce besoin d'uriner est fréquent ; elle va aux W.-C. toutes les cinq minutes et nous quitte même pendant l'interrogatoire, à plusieurs reprises, pour le satisfaire.

Cette dipsomanie s'accompagne d'une boulimie importante et fait penser à un diabète ou plutôt à un syndrome hypothalamique ; les examens complémentaires furent tous normaux : glycémie, cholestérol, hyperglycémie provoquée, mais une fois de plus la morphologie de la malade attire l'attention ; elle a beaucoup grossi dans le service, elle passe de 42 à 58 kg. ; si cette

adiposité est également répartie, elle semble tout de même prédominer au niveau du tronc, ce qui fait ressortir davantage l'infantilisme déjà mentionné.

Quand on regarde une photo de cette jeune fille avant l'accident, on se rend compte de l'énorme transformation morphologique provoquée par l'accident.

On a essayé un traitement d'épreuve endocrinien, avec des gonadotrophines, et même de la post-hypophyse, sans modifier grand'chose dans le tableau clinique, surtout au point de vue urinaire.

Le 13 août 1956, on fait une nouvelle encéphalographie gazeuse, qui montre un système ventriculaire uniformément dilaté, surtout le IIIe ventricule, et, en comparaison avec les radios précédentes, on s'aperçoit que déjà les dimensions sont toutes augmentées.

Actuellement, cela fait plus de trente mois que nous suivons cette malade, dont l'état mental évolue progressivement vers un état de manie chronique et un affaiblissement global.

Elle est très stéréotypée dans ses paroles. Elle semble se désintéresser de plus en plus de son entourage, ne s'occupant que de satisfaire ses instincts : sa boulimie, sa dipsomanie et son besoin d'uriner ; il faut dire que ce dernier est devenu légèrement moins fréquent. Elle demande toujours à embrasser tout le monde, mais elle est moins sthénique, s'agrippe moins.

Si nous disons que l'évolution s'est faite d'une façon progressive, c'est qu'elle n'a jamais subi de rémission. On a tout de même remarqué une certaine périodicité, où l'on voit alterner son état de manie atypique avec une période d'obnubilation, ou de torpeur psychique, pendant laquelle on a l'impression qu'elle s'enfonce davantage. Quand elle sort de ces accès, qui durent plusieurs jours, elle reprend son exubérance, qui est chaque fois un peu plus pauvre.

En juin 1957, à l'occasion d'une expertise médico-légale, on defait l'électro-encéphalogramme, qui montre : « A l'état de veille, un rythme alpha bien organisé ; au début du sommeil, il existe des bouffées de rythme alpha d'apparence normale. Des ondes lentes sur la région temporale gauche. »

Une artériographie confirme le diagnostic pneumo-encéphalographique et montre, par le trajet de la cérébrale antérieure, de très gros ventricules latéraux, mais pas de déplacement notable du système vasculaire.

Enfin, le 19 février 1958, on fait une nouvelle encéphalographie gazeuse qui montre : un très gros ventricule médian, des ventricules latéraux énormément dilatés au niveau des cornes frontales, principalement dans la région sus-orbitaire, qui disparaît pratiquement du côté droit, toute la région étant envahie par l'air qui semble passer de la corne frontale à la périphérie.

Au terme de cette longue description clinique, s'étendant sur environ trois ans, nous retiendrons les points essentiels suivants :

— que le traumatisme intéresse la région frontale et la base du crâne ;

— que cet aspect clinique d'hypomanie rappelle la Moria (Jastrowitz), par son euphorie, son puérilisme, son fond d'aboulie et d'apathie, son érotisme et sa nuance d'exhibitionnisme, mais sans

aucun signe neurologique de la région préfrontale, et avec une indifférence pas très marquée mais semblant s'accentuer ces derniers temps;

— que l'évolution est périodique vers un affaiblissement mental probablement irréversible ;

— qu'il n'existe aucun élément constitutionnel, à moins qu'en adepte des théories de Magnon l'on ne considère le seul infantilisme comme un stigmate de dégénérescence ;

— que ce syndrome psychiatrique s'est accompagné, au moins passagèrement, de symptômes relevant de la région hypothalamique, et qu'enfin les manifestations cliniques se sont accompagnées d'une dilatation ventriculaire progressive, constatée à l'encéphalographie gazeuse, prédominant surtout aux cornes frontales et dans la région du troisième ventricule.

Les troubles de l'humeur et du caractère que nous retrouvons chez notre malade sont classiques, mais, ce qui nous a paru intéressant, c'est son évolution, marquée par l'installation d'une périodicité incontestable, chaque période durant environ un à deux mois, et ceci quel que soit le traitement. Insensiblement, la malade passe de la période d'exubérance à la période d'obnubilation, pendant laquelle l'euphorie persiste, mais apparaît à travers un état de torpeur, comme sous l'effet d'un narcotique ralentissant simplement le rythme de vie.

L'ensemble clinique fait penser à deux phénomènes qui se superposent : d'une part, cet état d'hyperthymie, et, d'autre part, un trouble de la fonction hypnique.

Dans les périodes d'apathie, on ne peut parler, comme le fait Kleist dans les troubles de l'activité des frontaux, de « phénomène de manque », car la pensée de la malade reste inchangée, de même que l'incitation à l'action. Elle semble simplement obnubilée, comme ces malades que l'on calme avec de fortes doses de largactil.

Par contre, dans les périodes d'exubérance, ce qui frappe c'est que, sans être désorientée, elle n'arrive pas à avoir une conception globale d'une situation. Il n'y a plus chez elle cette compréhension du monde extérieur qu'elle appréhende dans ses parties et non en totalité.

Ceci semble illustrer l'application de la Gestalt-théorie de K. Goldstein à l'étude du syndrome frontal.

Evidemment, il nous est impossible de confronter les données cliniques avec les lésions. Mais, au début, les images radiographiques étaient surtout perturbées au niveau du troisième ventricule, les lésions frontales étant minimes ; et, cliniquement, le syndrome hypothalamique non précisé peut tout de même être retenu.

Actuellement, les lobes préfrontaux ont tendance à disparaître sur les clichés encéphalographiques, tandis que le ventricule médian reste pratiquement inchangé, tout comme la polyurie et la polydipsie. On a nettement l'impression que l'affaiblissement mental, avec son indiffé-

rence, coïncide avec l'atrophie frontale, et les autres manifestations restent stationnaires.

Mais ces constatations restent un peu dans le domaine de l'hypothèse ; ce qui est certain, c'est que ce cas est saisissant par son évolution clinique lente vers un affaiblissement mental, et conjointement par son évolution radiologique. Il semble exister chez notre malade une véritable encéphalopathie post-traumatique amiotrophique non encore stabilisée depuis trois ans.

(*Travail de l'hôpital psychiatrique de Cayssiols*)

La séance est levée à 18 heures 35.

Les secrétaires des séances :

MM. J. Lafon et L. Vidart.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 3 juillet 1958

Production passagère par la chimiothérapie d'un signe de Babinski chez le sujet normal, par MM. J. Sigwald, D. Bouttier, Soulas et Bergès

En utilisant par voie intraveineuse une nouvelle phénothiazine chez des malades atteints de troubles psychiques sans manifestations neurologiques, dans quatre cas les auteurs ont constaté un signe de Babinski bilatéral dix minutes après l'injection, et qui persista pendant une demi-heure sans aucun signe neurologique.

Syndromes vestibulaires centraux. Syndrome congénital et syndrome tardif, par MM. Th. Alajouanine et J. Nehlil

La première malade, âgée actuellement de 21 ans, est une oligophrène atteinte d'un syndrome vestibulaire central congénital pur sans signes cérébelleux. Le deuxième malade est un homme de 60 ans qui, depuis un an, présente un syndrome vestibulaire central pur tardif développé chez un adulte ; on ne note aucun signe cérébelleux statique et cinétique.

Tuberculomes cérébraux multiples à symptomatologie atypique, par MM. R. Fau, P.-F. Girard et R. Chateau

Chez un sujet âgé de 62 ans, tuberculeux et alcoolique, survient un tableau neurologique : crises jacksoniennes motrices, paralysie des III, décoloration de la papille. A l'autopsie, tuberculome rolandique et tuberculome de la calotte pédonculaire. Les crises jacksoniennes s'étaient manifestées pendant plusieurs années sans aucun signe déficitaire, sans que l'électro-encéphalographie, ni l'artériographie, aient pu mettre en évidence le tuberculome rolandique.

Spondymolisthésis L. 5-S1 avec compression des racines sacrées et incontinence des urines depuis un an. Disparition complète des signes neurologiques après laminectomie de L. 5, par MM. J. Debeyre et St. Godlewski.

L'important spondylolisthésis L. 5-SI s'est traduit par une incontinence d'urine, accompagnée de vagues lombalgies. Les radiographies du rachis

lombo-sacré ont permis de localiser le spondylolisthésis. Intervention. Deux jours après les troubles urinaires, qui duraient depuis un an, s'atténuent, et les mictions deviennent normales après une semaine.

Polyradiculonévrite progressive, par MM. M. Bonduelle et J. Gruner

La polyradiculonévrite a débuté chez un sujet à l'âge de 59 ans ; elle a entraîné une paralysie amyotrophique progressive symétrique des membres inférieurs et supérieurs avec des dysesthésies pénibles, des troubles de la sensibilité à disposition radiculaire, une réaction albuminorachique et pléiocytaire du liquide céphalo-rachidien. La biopsie d'un filet sensitif a décelé une dégénérescence nerveuse sans permettre d'en indiquer la nature.

Myélopathie cervicale post-radiothérapique,
par MM. M. Bonduelle, P. Bouygues et A. El Ramy

Chez un sujet de 45 ans, qui subit une hémilaryngectomie droite pour cancer du larynx, un traitement radiothérapique est appliqué sur la chaîne ganglionnaire cervicale droite. Six mois après la fin du traitement, fourmillements dans les quatre derniers doigts. Dix-huit mois plus tard, paraplégie spasmodique avec un syndrome lésionnel cervical correspondant à la zone d'irradiation.

Trois cas de toxicomanie au pyrrolamidol (R. 875),
par MM. Ch. Brisset et J.-F. Dereux

Trois observations de sujets masculins s'injectant par voie intramusculaire des ampoules de palfium à 10 mg. Elles montrent la possibilité pour un toxicomane de substituer l'usage de ce produit à celui de la morphine (obs. 1 et 2) et de poursuivre la toxicomanie avec ce produit (obs. 3) ou avec alternance des deux (obs. 1), la possibilité de créer une toxicomanie à ce nouveau corps (obs. 2).

Au sujet d'une forme confusionnelle-encéphalitique de la maladie de Behcet. Étude anatomo-clinique et électro-encéphalographique, par M. Ihsan Sukru Aksel.

Chez un homme de 36 ans, ulcérations douloureuses buccales et du scrotum récidivantes, troubles de la vision. Il est interné en état de confusion mentale. Une biopsie du foie décèle un état infectieux ou légère hépatite virale. Il tombe dans un état démentiel et meurt. Les ramollissements du tissu nerveux paraissent causés par le virus de la maladie de Behçet, de même que les foyers nécrotiques et prolifératifs observés dans le foie.

Sur un cas de sarcoïdose musculaire ayant simulé une polymyosite,
par MM. R. Garcin et J. Lapresle

Il s'agit d'une malade qui a présenté à l'âge de 39 ans un déficit de la force musculaire intéressant les quatre membres avec prédominance à leurs racines. Sept ans après le début des troubles, deux biopsies musculaires révèlent une sarcoïdose avec adénopathies interbronchiques. Amélioration par un traitement à base de cortancyl.

L. Marchand.

Groupe d'étude de psycho-pharmacologie biochimique

Séance du 30 novembre 1958 à la Maison nationale de Charenton

Présidence : M. le professeur agrégé H. BARUK

Rapport clinique sur le 5501 M.D., par M. Fouks (de Poitiers)

Le 5501 présente des propriétés neuroleptiques, une action anti-hallucinatoire, sans réaliser de signes extrapyramidaux comme le font d'autres phénothiazines. On note seulement parfois quelques troubles digestifs que l'on peut corriger assez facilement. Le médicament semble dépourvu d'effets psychomoteurs.

Discussion : MM. Rosenberg, Leyritz, Coirault, Baruk et Fouks.

Rapport sur les 2-méthylbenzhydryl-B-diméthyl-amino-éthyl-éther H.C.I. (disipal), par M. Fouks (de Poitiers)

Médicament connu comme antiparkinsonien, mais utilisé par l'auteur pour corriger les troubles extrapyramidaux provoqués par certains neuroleptiques. A aussi une action psychique corrigeant les manifestations dépressives et l'apathie provoquées par les neuroleptiques et, dans une certaine mesure, certains effets neuro-végétatifs et vasculaires.

Discussion : MM. Schuller, Baruk, Leyritz, Pichot et Fouks.

Action expérimentale de la sérotonine sur le comportement psychomoteur du singe. Antagonisme et synergie avec les neuroleptiques et le L.S.D. 25, par MM. H. Baruk, J. Launay, J. Bergès et R. Perles.

La sérotonine, sans déterminer chez le singe une catatonie expérimentale complète, entraîne cependant une attitude en flexion avec prostration, passivité, diminution de l'initiative. Ces faits méritent d'être rapprochés de la catatonie expérimentale très nette obtenue avec la sérotonine par les auteurs chez la souris.

Les auteurs ont retrouvé chez le singe, sur le plan psychomoteur, les effets inhibiteurs de la sérotonine sur la chlorpromazine, et au contraire son action activante sur la réserpine dans la production d'une catatonie expérimentale. Ils ont en outre mis en évidence une action antagoniste de la sérotonine sur les effets catatonisants du L.S.D. 25, la sérotonine pouvant être considérée comme un agent thérapeutique en médecine expérimentale des accidents psychomoteurs du L.S.D. 25.

Discussion : MM. Deniker, Thuillier, J. Launay, Coirault, Perlès, Fouks, Rosenberg, H. Baruk.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

La psychiatrie de l'enfant, publication annuelle, volume I fascicules 1 et 2. Comité de rédaction : J. de Ajuriaguerra, R. Diatkine, S. Lebovici, Presses universitaires de France, 1958, 540 pp.

Ces deux fascicules représentent les éléments parus en 1958 d'une publication désormais annuelle. Le comité de rédaction de « La psychiatrie de l'enfant » se propose d'apporter ainsi chaque année des mémoires originaux et des revues critiques susceptibles de fournir au lecteur une idée du développement dans ses secteurs les plus larges, de la psychiatrie infantile. La richesse matérielle de ces deux fascicules est le témoin, à la fois de la valeur de cette publication, et de l'étendue toujours croissante du domaine exploré. L'introduction évoque le développement impressionnant dans ces dernières dizaines d'années des écoles et du mouvement dynamiques en psychiatrie infantile. Les bénéfices théoriques des recherches cliniques et psychologiques ne manqueront pas de s'étendre en une meilleure compréhension des troubles de l'adulte, ils ouvrent déjà des perspectives psycho-prophylactiques qui transparaissent dans la plupart des travaux présentés ici. Tout l'effort de ce mouvement dynamique tend à isoler et caractériser l'originalité du trouble psychique de l'enfant, et à éclaircir par l'abord du processus de maturation psycho-biologique les problèmes fondamentaux du développement normal et pathologique. Ici, plus que partout ailleurs en médecine, la pratique diagnostique et thérapeutique doit se fondre sur des connaissances théoriques toujours enrichies, l'investigation et l'action médicales doivent atteindre, au-delà du symptôme pathologique, la structure morbide en cause.

Le groupe des audimutités fait l'objet d'une étude de J. de Ajuriaguerra, S. Borel-Maisonny, R. Diatkine et coll. Les « entendants-muets » sont ces enfants, peu nombreux, qui n'acquièrent pas le langage, alors qu'aucun déficit de l'intelligence ou de l'audition ne peut justifier une telle anomalie. Partant de cas cliniques, les auteurs montrent qu'on ne peut conserver l'ancienne distinction entre audi-mutité d'expression et surdité verbale congénitale, qu'il n'est pas non plus possible de réduire les difficultés de langage des enfants dyspraxiques à un simple trouble moteur mais qu'intervient ici la conjonction d'un trouble tonique et d'une incapacité d'organiser les mouvements dans le temps et dans l'espace. La psychologie de la forme apporte la clé de ces désordres, où le trouble rythmique est fondamental. Les progrès récents de l'exploration auditive n'ont pas permis de définir exactement le déficit perceptif causal, malgré sa réalité indiscutable. Les auteurs ont nourri cet article d'observations cliniques originales et de consi-

dérations cliniques et théoriques sur le développement du langage, qui rendent toute analyse insuffisante.

Le bilan de dix ans de thérapeutique par le psychodrame montre, dans un article de S. Lebovici, R. Diatkine et E. Kestemberg, les possibilités d'expression qu'offre cette technique de jeu à l'adolescent et à l'enfant. Dès les premières séances, les malades révèlent avec une grande spontanéité et de façon frappante pour eux-mêmes comme pour le thérapeute, certains aspects marquants de leur vie inconsciente. Les auteurs retrouvent la notion de « rôle assumé » sur laquelle ont insisté l'école de micro-sociologie contemporaine, et Moréno lui-même. Le caractère fictif du jeu s'associe en règle à une expérience émouvante et réellement vécue de la scène. Dans la pratique de la méthode, les auteurs distinguent le psychodrame psychanalytique individuel et la psychanalyse dynamique de groupe, selon que le malade joue seul avec plusieurs psychothérapeutes, ou que la séance s'adresse à plusieurs malades simultanément. Un premier, et fondamental, bénéfice est une objectivisation des défenses caractérielles du sujet. De même, l'étude de l'écart qui existe entre le rôle assumé par l'individu dans les groupes et ses tendances caractérielles, apparaît tout à fait important pour une psychothérapie bien conduite. Dans le cours de la séance, un équilibre s'établit entre les satisfactions d'expression et leur caractère ludique, qui leur donne une tonalité de frustration. Dans un retour à leur information psychanalytique, les auteurs montrent les problèmes que pose le psychodrame dans le cadre de la théorie et de la pratique freudienne. Ils étudient les manifestations de transfert entre le malade et les divers membres du groupe, médecin, soit directeur du jeu ou auxiliaire, et autres malades. Les interprétations du transfert sont facilitées, cette technique montrant mieux que les thérapeutiques strictement verbales les mécanismes dynamiques en cause. Le bilan de la résistance et des moyens de défense, l'étude des faits de contre-transfert et des caractéristiques de la situation régressive créée se révèlent d'une possibilité permanente. Des chapitres sont consacrés dans cette étude aux techniques particulières de l'emploi du psychodrame. à leurs indications et à leurs résultats.

La psychiatrie infantile en Europe est abordée dans ses développements théoriques ou cliniques et dans ses formes institutionnelles par le professeur G. Bollea. Cette « jeune spécialisation » apparaît douée d'un dynamisme et de capacités d'organisation remarquables ; pour exemple, il suffit de rappeler l'intérêt des « Centres médico-psycho-pédagogiques, fondés sur le modèle suisse et voisins des « Child Guidance Clinics ». Leurs possibilités de diagnostic, de thérapeutique, de recherche théorique et d'action sociale en font des instruments efficaces et de première importance en psychiatrie infantile.

H. Sauguet et R. Delaveleye présentent une étude clinique approfondie des comportements psychologiques des enfants et des adolescents épileptiques. A partir de 550 cas cliniques, ils montrent que les traits classiques de la « personnalité épileptique » ne paraissent pas avoir chez l'enfant la même constance que chez l'adulte, et que lorsqu'ils existent, c'est aux alentours de la puberté ou plus tard. Ils dressent cependant un tableau minutieux des traits fréquemment rencontrés chez ces jeunes sujets, dont la plupart ont grandi avec une altération cérébrale remontant aux premiers âges de la vie, même lorsque la révélation clinique paroxystique n'a été que tardive. Les traits caractériels les plus souvent rencontrés sont l'instabilité psycho-

motrice, l'irritabilité, les colères plus ou moins vives, la câlinerie un peu excessive, parfois la tendance à l'isolement. La bradypsychie n'apparaît guère avant 8 ou 10 ans. Le fait saillant du comportement est que l'activité du sujet est toujours fixée à un objet, aimantée par lui, que le sujet ne tolère ni vide, ni disponibilité, sources des changements brusques qu'il est incapable de supporter. Avec H. Gastaut, les auteurs notent que c'est dans l'épilepsie temporale que les traits caractériels dits « épileptoïdes » sont les plus marqués.

On note encore au sommaire de cette publication un article de E. Kris sur la remémoration des souvenirs d'enfance en psychanalyse, une étude critique de quelques méthodes d'apprentissage de la lecture, par N. Galifret-Granjon, l'abord des problèmes que pose l'observation du jeune enfant, par les trois membres du comité de rédaction ; enfin, par H. Duchêne, une enquête sur les problèmes médico-sociaux que posent l'état social actuel en France et l'importance des nécessités psycho-prophylactiques de l'enfance.

Aux chapitres des « revues critiques des problèmes d'actualité », de nombreux domaines sont abordés. La richesse de matière d'un tel ouvrage objective l'étendue actuelle du champ clinique et théorique d'une psychiatrie infantile en pleine évolution.

J.-C. Benoit.

La corrélation psychosomatique sous son aspect biochimique, par P. Puig Muset, Barcelone, 1958, 60 pp. ronéotypées.

L'auteur, P. Puig Muset, présente, refondues, les diverses communications faites par lui au IV[e] Congrès international de psychothérapie (Barcelone, 1[er]-7 septembre 1958). Par le titre de « corrélation psychosomatique », il entend dessiner son projet, qui comporte l'abord du problème des liens biochimiques entre la psyché et le soma. Il semble conscient des difficultés d'une telle entreprise. Son effort de synthèse porte sur le substratum moléculaire du système nerveux central et les réactions en chaîne qui résultent de l'interaction des composants propres à ce système, entre eux et lors de l'introduction d'une substance chimique, utilisée, par exemple, à titre thérapeutique. Des corps à structure moléculaire extraordinairement simple se forment dans la phase finale de nombreuses réactions, à ce niveau, et ce sont en particulier le NH_3 (ammonium) et le H_2O_2 (peroxyde d'hydrogène). L'auteur considère que ces composants et leurs dérivés électroniquement incomplets (OH et O_2H), « petits dans l'espace et dans le temps, peuvent avoir une importance capitale pour comprendre le mécanisme du système nerveux central », et, également, les relations de celui-ci avec d'autres tissus nobles, en particulier glandulaires.

La conclusion audacieuse de M. P. Puig Muset est ainsi que « il est possible d'essayer de comprendre et d'expliquer beaucoup de phénomènes qui manquaient jusqu'alors de base homogène, en premier lieu les phénomènes bio-électriques, la mémoire, le sommeil et les répercussions de la psyché, sur différents organes et vice-versa. Il en résulte qu'il est possible de donner une explication biologique et chimique à l'action psychothérapeutique ». Telle est l'hypothèse, fondée certes sur une bibliographie importante, mais l'on peut se demander si ce pas de géant pourra être imité par le psychothérapeute attaché aux tâtonnements cliniques de sa pratique quotidienne.

J.-C. Benoit.

Initiation à la psychanalyse, par Denise Saada, Ma oine, Paris, 244 pages 2e édition, 1958.

Le livre de Mme Saada comprend dans une première partie, la plus importante, une étude détaillée, théorique, de la psychanalyse définie comme une méthode d'exploration de l'inconscient, puis elle décrit le fonctionnement de l'appareil psychique selon la conception freudienne.

L'initiation est progressive en une suite de chapitres courts, où les mots du vocabulaire technique sont tous suivis d'une définition précise et où des exemples démonstratifs viennent à tout instant éclairer encore un texte pourtant limpide. L'étude des actes manqués, série d'actes en apparence insignifiants qui ont pour base l'oubli ou l'erreur et dont Freud a démontré qu'ils avaient un sens ouvre l'étude des manifestations courantes de l'inconscient. Ensuite, le problème des rêves est étudié très complètement. Défini comme un essai de satisfaction hallucinatoire de désirs inconscients on comprend, à travers l'analyse de rêves simples, d'enfants puis d'adultes, le mécanisme de leur formation : à la faveur du sommeil, la conscience est presque abolie et la censure se relâche, permettant à tout ce que nous avons maintenu, comprimé, refoulé, d'apparaître, à savoir nos désirs les plus absurdes, notre égoïsme, notre ambition. Par des exemples, progressivement, l'auteur explique les déformations que subit le rêve au cours de son élaboration : la condensation réunissant en une seule image plusieurs images différentes ; le déplacement dû à la censure : un objet, une personne, une circonstance, sont mis dans le langage du rêve à la place d'un autre élément analogue ; les différentes manières d'exprimer les idées abstraites sont indiquées.

Toutes ces déformations aboutissent souvent à la production de symboles. L'importance du symbolisme dans l'étude des rêves justifie le chapitre particulier consacré à ce sujet. L'étude de « ces manifestations obscures de l'inconscient » se termine par la technique de leur interprétation.

« Mais le plus grand intérêt qu'offre l'interprétation des rêves réside moins dans le déchiffrage d'une énigme que dans la valeur des matériaux servant à la compréhension du sujet. Pour cela, il faut surtout examiner des séries de rêves afin de suivre l'évolution des conflits. Ce résultat ne saurait être atteint sans la connaissance de la sexualité et des principaux complexes affectifs. »

La sexualité est traitée dans les chapitres suivants ; après la définition du sens qu'il convient de donner au terme de sexuel, sont envisagés chronologiquement :

Le traumatisme de la naissance avec des exemples de la représentation symbolique de ce traumatisme, telle qu'on le retrouve dans certains rêves, dans de nombreux mythes, dans des contes, œuvres d'art et poèmes.

Les phases digestives (préœdipiennes ou prégénitales) du développement inconscient de l'enfant : phases orale puis anale. Mais pendant leur évolution, il faut considérer un autre aspect du développement de l'enfant, aspect qui n'a que tardivement attiré l'attention de Freud et des psychanalystes, c'est l'intrication de la sexualité et de l'agressivité.

Le chapitre suivant fait naître devant nous de l'action de certaines menaces sur la curiosité infantile, le « complexe de castration ».

Le complexe d'Œdipe fait l'objet des pages suivantes, puis sont envisagés successivement le narcissisme, le sadisme, le sentiment de culpabilité.

Enfin, sont étudiées les dernières phases de l'évolution sexuelle : la période de latence, dont le terme est l'éveil de la puberté. Cette époque pubertaire est marquée à tous les points de vue par de profonds bouleversements, et parmi les changements inconscients, « la plus grande difficulté va être le passage du narcissisme au stade suivant. Jusque-là, l'enfant n'était occupé que de lui-même, mais à présent, par suite d'une nouvelle poussée sexuelle, il ne se suffira plus ; il n'est cependant pas assez mûr pour se fixer sur l'autre sexe, ses tendances sont encore mal définies ». Ainsi, s'ouvre une phase homosexuelle qui conduira, à la fin de cette longue et délicate évolution, à la sexualité normale par des gradations assez confuses.

La dernière grande division naturelle de l'ouvrage comprend les applications de la psychanalyse.

Applications à la thérapeutique : après un rappel historique, l'étiologie des névroses puis leur traitement est envisagé ; le but étant d'obtenir « un changement d'attitude du moi à l'égard de l'inconscient », but qui ne peut être atteint que très lentement. L'utilisation de la méthode pour les psychothérapies collectives d'une part, pour le traitement des psychoses d'autre part, est signalée.

Mais les recherches psychanalytiques ont également servi de point de départ à des recherches d'une portée beaucoup plus vaste et générales, telles les recherches sur l'inspiration des artistes, sur la communication de l'émotion contenue dans une œuvre. L'analyse a été plus loin encore et l'auteur passe rapidement en revue les mythes religieux, les morales et religions des peuples, etc... Enfin, à titre d'exemple, deux contes sont analysés.

La dernière grande division, après avoir répondu à quelques critiques qui ont été formulées à l'encontre de la doctrine psychanalytique ou de ses applications, envisage rapidement la psychologie individuelle d'Adler et la tentative de conciliation que représente la psychologie analytique de Jung.

Tout l'ouvrage est marqué par la mesure ; partout on perçoit le souci de l'auteur de se faire comprendre, et cette clarté fait que ce livre, d'une lecture facile et agréable, remplit pleinement son but, l'initiation à la psychanalyse.

B. Coiffu.

Traité de psychiatrie, par H. Baruk. (1 569 pages en 2 volumes, Masson et C^ie^ éditeurs, Paris, 1959).

Au cours de ces huit dernières années, trois importants ouvrages de psychiatrie ont vu le jour en France. Ce furent tout d'abord les deux livres de Paul Guiraud : « Psychiatrie générale » en 1950 et « Psychiatrie clinique » en 1956. Entre les deux se situe « La Psychiatrie », de l'Encyclopédie médico-chirurgicale, par MM. Ey et ses collaborateurs, parue en 1955. Le dernier-né est celui de M. H. Baruk (1958-59).

Aucun des trois ne peut se comparer aux deux autres, chacun possédant son originalité propre. Peut-être pourrait-on estimer que la « Psychiatrie générale » de Paul Guiraud apporte une synthèse d'ensemble, laquelle ouvre de très larges horizons aux cogitations de chercheurs et qu'elle constitue un véritable tremplin pour les élans futurs.

Le traité de M. H. Baruk est situé un peu dans l'articulation de ces précédents ouvrages, si bien que les quatre se complètent heureusement. Fait de deux volumes de 765 pages environ chacun, ce traité élégamment présenté a tout d'abord un mérite indiscutable, celui d'être bâti sur un plan per-

sonnel bien ordonné. Je crois en effet que la bonne structuration d'un ouvrage psychiatrique conduit sans fatigue le lecteur vers un intérêt progressif et coordonne utilement la curiosité de ses propres pensées.

Premier volume. — Celui-ci est consacré à la sémiologie et à la psychopathologie.

La première partie nous mène à l'étude de la personnalité normale et pathologique et à la technique de l'examen des malades mentaux. La deuxième partie, de beaucoup plus importante, puisqu'elle représente plus des cinq-sixièmes de ce volume, nous décrit les grands syndromes de la psychopathologie. Nous nous bornerons à citer les titres des douze chapitres : Introduction aux problèmes des névroses, — l'anxiété, — cénesto-pathie et dépersonnalisation, — mélancolie, — manie et hypomanie, — la maladie périodique en psychiatrie, — la confusion mentale, — les hallucinations, — sémiologie et psychopathologie des délires, — les troubles psychomoteurs, — le problème des démences et de la schizophrénie, — les troubles du développement et débilité mentale.

On y retrouve toutes les conceptions personnelles de l'auteur. Si j'avais quelques critiques, d'ailleurs bien anodines, à avancer, je dirais que la question des mélancolies symptomatiques et des états dépressifs en général est peut-être un peu écourtée. En revanche, le chapitre très original des maladies périodiques m'apparaît comme étant d'un grand intérêt. J'ai été peut-être un peu surpris de retrouver le problème de la schizophrénie associé à celui des démences. Il est vrai, qu'en fait, il s'agit surtout dans ce chapitre de la schizophrénie et du mystère encore nullement élucidé que pose ce dernier syndrome, ainsi dénommé.

Deuxième volume. — Celui-ci est consacré à une thérapeutique, elle-même très heureusement divisée en deux parties : 1° les thérapeutiques biologiques non spécifiques ; 2° les thérapeutiques spécifiques et étiologiques. Moi-même, dominé par l'habitude des authentiques disciplines médicales, j'ai lu ce deuxième volume avec un très grand intérêt et pas mal d'enthousiasme.

Au cours de cette lecture, j'ai simplement et légèrement buté sur un obstacle constitué par une petite déviation du plan général rencontré au chapitre IV du tome II. Je me demande en effet pourquoi M. H. Baruk n'intitule pas ce chapitre « Syphilis et troubles mentaux » comme il le fait pour le chapitre suivant : « Tuberculose et troubles mentaux » ? Il lui a préféré le titre de « Paralysie générale ». Que l'auteur veuille bien excuser un formalisme certainement excessif, d'autant que je comprends parfaitement les raisons qui ont dirigé sa pensée, mais il me semble y percevoir une petite dissonance dans l'orchestration. Sous cette réserve très secondaire, je m'empresse d'ajouter que ce chapitre, comme tous les autres d'ailleurs, est très instructif et riche en documentation.

Le chapitre XV aborde courageusement le problème lui aussi encore incomplètement élucidé « de la conscience et de la notion d'existence dans ses rapports avec l'organisme ».

C'esty la première fois, je crois, que je vois un traité de psychiatrie se terminer par un important chapitre sur « l'humanisme psychiatrique ». On ne peut qu'en féliciter M. H. Baruk. C'est l'occasion pour lui de développer sa très captivante conception de « la psychiatrie morale » et de « la chitamnie ».

J'ai lu ces deux gros volumes avec une curiosité toujours croissante et avec un intérêt sans défaillance. Il est difficile d'en faire une analyse détaillée tant les pages qui le composent sont gorgées de suc.

C'est bien là un ouvrage de médecine écrit par un grand médecin que la psychiatrie a conduit raisonnablement et obligatoirement à la philosophie et affectivement à l'amour et au respect de son prochain.

Je souhaite que ce traité ait le brillant succès qu'il mérite.

Paul Abély.

Précis de diagnostic psychiatrique, par J. Borel. (Un volume de 140 pages, Causse, Graille, Castelneau, éditeurs, Montpellier, 1959.

Ce livre « écrit pour l'étudiant », comme le signale l'auteur, est la deuxième édition d'un précédent ouvrage qui connut beaucoup de succès il y a vingt ans. Voici ce que dit d'ailleurs J. Borel, dans l'avertissement de cette deuxième édition :

« La première édition du *Précis de diagnostic psychiatrique* est épuisée depuis longtemps et, malgré les imperfections du livre, on nous a souvent demandé de le rééditer. Il reparaît donc aujourd'hui, après avoir subi la révision qui s'imposait.

En vingt ans, les choses ont quelque peu changé. La démence précoce est devenue la schizophrénie. La paralysie générale, qui était en tête des démences et se retrouvait à tous les diagnostics, ne vient à présent qu'à la dernière place. Les états passionnels devaient être compris autrement, et ils se situent mieux à la suite des délires chroniques, avec lesquels se pose si souvent leur diagnostic différentiel. Nous en avons profité pour présenter l'exposé initial de chaque chapitre, d'une façon à la fois plus claire, complète et succincte, en supprimant des obscurités, des erreurs, des redites.

Mais ces arrangements n'ont pas modifié le plan général de l'ouvrage. Il s'en tient à l'essentiel, afin de garder le caractère de simplicité sans lequel il n'aurait pas sa raison d'être. »

Cet ouvrage est parfaitement équilibré en dix chapitres. Chacun de ceux-ci est consacré à un groupe syndromique particulier et précise le diagnostic différentiel selon la présentation, l'âge du malade et selon les données d'un examen bien indiqué et bien tracé.

Voici les titres de chacun de ces chapitres : I. Les états d'excitation. — II. Les états dépressifs. — III. Les états confusionnels. — IV. Les stupeurs. — V. Les bouffées délirantes polymorphes. — VI. La schizophrénie. — VII. Le délire chronique. — VIII. Les états passionnels. — IX. Les démences. — X. Le déséquilibre psychique.

La « simplicité », selon le terme même employé par l'auteur, est en effet une qualité essentielle et rare de limpidité. Ce livret permettra à celui qui aborde la psychiatrie d'y entrer par des voies claires et droites. A celui qui prépare un concours spécialisé, il lui facilitera la révision et le regroupement d'idées un peu dispersées par la variété et l'abondance de sa documentation. Il lui allégera ainsi l'élaboration d'un schéma rapide du plan d'examen, tout en fixant dans sa mémoire les choses essentielles à ne pas oublier.

Paul Abély.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Investigations sur les constatations électro-encéphalographiques dans la démence présénile, par D. W. Liddell. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry,* vol. 21, n° 3, août 1958, p. 173).

Il est impossible de faire cliniquement une différenciation parmi les sous-groupes variés neuropathologiques que comporte le groupe des démences préséniles et même, pour l'auteur, il est impossible de distinguer pathologiquement la maladie d'Alzheimer de la démence sénile, car toutes deux sont caractérisées par la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer et les plaques séniles, conception qui ne sera pas admise par tous les neuropathologistes. Pour l'auteur, le diagnostic exact ne peut être établi qu'après la mort, quoique les biopsies peuvent cependant être utiles. Il cite les auteurs qui ont entrepris chez les sujets atteints de démence présénile des recherches électro-encéphalographiques qui n'ont abouti qu'à des résultats douteux.

Ses investigations portent sur onze cas (deux hommes et neuf femmes), dont les âges s'échelonnent entre 57 et 66 ans. L'atrophie cérébrale fut décelée par l'encéphalographie. Chez trois malades, le diagnostic de maladie d'Alzheimer fut confirmé par un examen anatomo-pathologique. Chez ces malades, la réaction de Wassermann était négative et ils ne présentaient aucun symptôme d'une affection cardio-vasculaire.

Les constatations électro-encéphalographiques furent semblables dans tous les cas : un rythme de base d'amplitude moyenne thêta ou un rythme lent de 6 à 8 c./s. Sur cette activité de base, on note des décharges paroxystiques d'ondes delta de haute amplitude dans les régions frontales et temporales. Les rythmes de base étaient temporairement inhibés quand l'attention du malade était sous l'influence de stimuli visuels ou auditifs.

L'auteur conclut que, si les anomalies électro-encéphalographiques ne sont pas spécifiques pour poser un diagnostic pathologique exact, elles sont suffisamment évidentes et particulières en faveur du diagnostic d'une démence profonde due à une atrophie corticale type maladie d'Alzheimer.

L. Marchand.

Corrélation entre l'activité lente occipitale bilatérale de l'électro-encéphalographie humaine avec certains désordres du comportement, par R. Cohn et J. Nardini. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 115, n° 1, juillet 1958, p. 44).

Une activité lente généralement synchrone bilatérale occipitale s'observe chez 14 % à 11 % des sujets. Chez des malades présentant un comportement agressif plus ou moins violent, les auteurs l'ont trouvé chez 75 %. Les troubles du comportement chez les jeunes adultes se manifestaient par hos-

tilité, attitudes hypercritiques, mensonge, irritabilité, perte du self-contrôle; chez les enfants, l'anomalie bi-occipitale était associée à l'impulsivité, l'agression et autres manifestations d'un mauvais comportement à la maison et à l'école. Chez certains de ces sujets, le tracé électro-encéphalographique portait des anomalies caractéristiques de l'épilepsie, particulièrement des pointes-ondes. Chez 20 % des malades présentant de semblables attitudes agressives, l'anomalie ondes lentes ne fut pas observée. Chez ces sujets, les auteurs admettent que leur agression sociale est une manifestation acquise au cours de la période critique de la formation du caractère tandis que chez ceux qui présentent des ondes lentes, les anomalies électro-encéphalographiques représentent un processus patho-physiologique dans lequel le comportement agressif est provoqué ou influencé par un trouble cérébral intrinsèque.

L. Marchand.

Des caractères des affections mentales puerpérales, par J. Madden, J. Luhan, W. Tuteur et J. Bimmerle. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 116, n° 1, juillet 1958, p. 10).

La forme la plus fréquente des maladies mentales puerpérales, celle qui nécessite l'hospitalisation, rentre dans le groupe que les Américains caractérisent sous le terme de réactions schizophréniques. Il y a quelques dizaines d'années, les cas qui étaient guérissables étaient considérés comme psychoses toxiques, psychose d'épuisement, et particulièrement comme délire non toxique. A leur début, les réactions schizophréniques bénignes peuvent être confondues avec le processus grave schizophrénique ou avec les réactions schizo-affectives. Traités dans le même milieu hospitalier et avec les mêmes méthodes, les formes schizophréniques qui ne guérissent pas sont proportionnellement aussi nombreuses que celles qui se sont développées au cours d'un état puerpéral. Ceci démontre que certains processus schizophréniques et certaines réactions schizoaffectives qui débutent après la délivrance sont simplement des psychoses occasionnelles. Les réactions schizophréniques curables sont provoquées par les stress qui accompagnent la maternité et par les nouvelles responsabilités qu'encourent des femmes prédisposées. Ces états, voisins des formes dépressives psychonévrotiques, cèdent rapidement à un traitement énergique. La moitié environ des malades ainsi guéries peuvent avoir ensuite plusieurs enfants sans aucune nouvelle manifestation mentale.

L. Marchand.

Une singulière altération de l'orientation temporale, par M. Dahl. *American Journal of Psychiatry,* vol. 115, n° 2, août 1958, p. 146).

Il y a des sujets qui peuvent donner l'année de leur naissance et l'année courante, et ils sont incapables de donner leur âge exact. Sur 500 femmes atteintes d'une maladie mentale chronique, 52 schizophrènes (soit 12 %) étaient atteintes de ce trouble. Toutes ces malades diminuent plus ou moins leur âge et aucune ne l'augmente. La constatation de cette incapacité a d'une part une valeur diagnostique puisqu'elle ne s'observe pas parmi les sujets atteints de désordres fonctionnels et seulement parmi les schizophrènes ;

d'autre part, elle a une valeur pronostique puisqu'elle ne s'observe que chez des malades affaiblis mentalement.

L. Marchand.

Ictus affectifs, par D. Daly. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 2, août 1958, p. 97).

Beaucoup de malades sont sujets à des crises dont l'aura est une crainte ou une terreur, et ils savent que cette aura est le début d'une attaque. L'ictus affectif s'observe dans environ 5 % des épileptiques. Sur 52 sujets présentant cette forme d'aura, le siège de l'origine des crises peut être déterminé chez 40. L'ictus affectif peut être représenté, non seulement par une crainte, mais plus rarement par une dépression et parfois un plaisir. Comme autres états émotifs on a signalé : la colère, des sensations sexuelles. Des phénomènes viscéraux peuvent s'y associer ; certains sont classés comme épilepsie abdominale. Dans la majorité des cas, les décharges se situent dans la région temporale. Dans l'ictus émotif, contrairement à ce qui caractérise les émotions normales, le sujet ne s'émeut pas ; il sait que c'est un trouble transitoire, et il l'a déjà expérimenté.

L. Marchand.

Un cas d'anorexie nerveuse guérie par électrochoc accumulé, par Nyirö, G., Fornâdi F. et Bartos V. Travail de la Clinique psychiatrique de l'Université de Budapest. (*Ideggyógyászati Szemle, 11*, 99, 1958).

Les auteurs prennent en considération les observations précédentes de Nyiró, selon lesquelles les malades psychotiques très amaigris et ayant des symptômes endocriniens, récupèrent rapidement leur poids et leurs symptômes endocriniens disparaissent après le traitement de choc accumulé. Ils étudient le cas d'une jeune fille âgée de 21 ans non psychotique. Tuberculose pulmonaire à 16 ans avec diencéphalite. A 17 ans, amputation d'une jambe (ostéoclastome). Chocs émotifs répétés. Vomissements répétés et fixés par un réflexe conditionné. Aménorrhée, insuffisance polyglaudulaire. Poids : 25 kg. Guérison après les chocs accumulés. Dans l'étiologie, on mentionne la constitution neurotique, changements des fonctions diencéphaliques, facteurs neurotisants de l'ambiance. Pathogénèse : inhibition diencéphalique par des facteurs émotifs et par l'inanition. Le choc électrique mène à guérison par son effet direct, stimulant les centres métaboliques, et par l'abolition du négativisme alimentaire actif ou passif, qui a pour conséquence l'inhibition diencéphalique.

I. Jakab.

Le psychiatre (Der Psychiater), par Kurt Kolle, professeur de psychiatrie et de neurologie à l'Université de Munich. (Un vol., in-8°, 57 pages, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1959, D.M. 5,40).

Le volume s'ouvre par un beau portrait de Wilhelm Griesinger à l'âge de 32 ans, au moment où il était, en 1849-1850, professeur de médecine interne à Kiel.

Dans sa préface, le professeur Kurt Kolle indique qu'il publie ici le texte de son allocution, prononcée le 2 mai 1958, à l'occasion de la reconstruction

de la clinique neuro-psychiatrique de l'Université Christian-Albert, à Kiel.

Avec chaleur et d'un style vivant, imagé, coloré, il trace une esquisse des positions essentielles de la psychiatrie, montrant la jeunesse de la psychiatrie scientifique, se demandant même si elle est déjà née, insistant sur la nécessité d'une étroite collaboration avec la neurologie. A titre d'exemple, il fait une étude du mouvement des tumeurs du système nerveux à la clinique neuro-psychiatrique de Munich, au cours des années 1949 à 1957, évoquant les troubles mentaux correspondants. Une fresque historique de l'évolution de la psychiatrie montre la diversité des opinions et permet de mieux comprendre la complexité de la tâche du psychiatre, les conditions de sa formation, appuyée sur la connaissance de multiples disciplines. Des préjugés sont à combattre, l'opinion publique méconnaissant souvent la réelle activité du psychiatre. Des souvenirs personnels, un historique de la clinique neuro-psychiatrique de Kiel rythment l'allocution, riche de notations intéressantes. En appendice, sont groupées des données statistiques sur les cas de tumeurs du système nerveux central observées à la clinique universitaire de Munich. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Psychiatrie : passé, présent et avenir, par Robert Thompson. (*The Medical Press,* vol. 239, n° 6.212, 28 mai 1958, p. 502-505).

Au moment de prendre sa retraite, l'auteur évoque quelques souvenirs de sa carrière au Bethlem Royal Hospital, de Londres, puis au St Patrick's Hospital, de Dublin. Il montre combien, dans le passé, les efforts des psychiatres avaient été grands pour améliorer le sort de leurs malades, combien ils essayaient de mettre en œuvre divers procédés pour raccourcir la durée des séjours hospitaliers avec traitements occupationnels, distractions couramment utilisées. Pour le présent, l'auteur rappelle les grands progrès des dernières années, évoquant son expérience dans le Comté de Northampton et en Irlande du Nord, adoptant une attitude objective et prudente face à certaines méthodes, se montrant assez réservé à l'égard des techniques psychanalytiques. Quant à l'avenir, riche de promesses, il est susceptible de voir une avance de la psychiatrie, dans le domaine de la médecine psychosomatique, dans celui des affections mentales de l'enfant, dans les problèmes médico-légaux et le régime pénitentiaire. De toute façon, les psychiatres devront subir une préparation longue et complète.

V.-J. Durand.

Etude nosologique comparative sur les frères schizophrènes, par C. Rongo (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico,* 12e année, vol. 23, fasc. 1, août 1958, p. 59-106).

Soixante et un schizophrènes ont été étudiés, formant 29 groupes de deux frères ou sœurs et un de trois frères. L'auteur a observé que ces sujets tombent très souvent malades au même âge, qu'ils présentent fréquemment un tableau clinique identique, aussi bien pour la forme que pour l'évolution et l'issue de la maladie. Cependant, la ressemblance du caractère prémorbide n'est pas plus fréquente que sa diversité. En plus d'autres facteurs, il a été possible de mettre en évidence que l'âge auquel commence la maladie a une influence sur le tableau clinique et, par conséquent, sur la ressemblance des

symptômes chez les frères schizophrènes. Il n'a pas été observé que le caractère prémorbide possède une telle influence. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Encéphalopathie par incompatibilité materno-fœtale dans les systèmes Rh et A.B.O., par P. Bénédetti, M. Rosano, R. Strazzeri (de Rome). (*Infanzia Anormale*, fasc. 28, juillet-août 1958, p. 439-456).

Les auteurs illustrent les résultats d'une recherche catamnestique effectuée sur 26 sujets atteints d'encéphalopathie par incompatibilité materno-fœtale, dont 23 du système Rh et trois du système A.B.O. Aucun de ces malades n'avait subi d'exsanguino-transfusion. Sur la série étudiée, 23 enfants présentaient des troubles, surtout marqués au niveau du système extrapyramidal ; chez les trois autres, il y avait uniquement une hémiplégie. Les auteurs nient l'existence d'une période de latence symptomatique, dans l'évolution de la maladie, estimant qu'un diagnostic précoce peut être fait si le malade est examiné au point de vue du quotient de développement moteur. Il faut souligner dans le groupe considéré le pourcentage élevé des hypoacousies, le pourcentage également haut d'un niveau mental moyen, d'où la nécessité d'une thérapeutique rééducative précoce pour éviter de compromettre le développement psychique ultérieur. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Les hallucinations dans la psychonévrose obsessionnelle, par Gian Carlo Reda et Emma Paretti (de Rome). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 82, fasc. 3, 30 septembre 1958, p. 588-619).

Après une révision critique de la question, les auteurs expriment l'opinion qu'il ne faut pas considérer comme des hallucinations obsédantes tous les phénomènes décrits comme tels, c'est-à-dire : 1) les hallucinations obsédantes de Séglas ; 2) les hallucinations qui apparaissent comme l'expression d'une évolution schizophrénique chez des sujets ayant des prodromes obsessionnels ; 3) les images particulièrement vives qui reproduisent le contenu obsessionnel, images elles-mêmes obsédantes, mais qui ne s'extériorisent pas et n'acquièrent pas une vraie sensorialité ; 4) les hallucinations psychomotrices verbales et graphiques dans le sens de Séglas ; 5) les troubles apparaissant dans certains cas, difficiles à classer pour lesquels, sur une base obsessionnelle, s'implantent des hallucinations et des délires qui représentent très probablement une crise psychotique avec ou sans trouble de la conscience et n'évoluent pas vers la dissociation schizophrénique. Une description est faite de quelques cas de la littérature, puis de trois observations personnelles de malades atteints de psychonévrose obsessionnelle avec phénomènes hallucinatoires. Ceux-ci expriment le contenu des obsessions qui étaient critiquées, ne modifiaient pas la personnalité du sujet et étaient précédées et accompagnées d'un état de grave anxiété. Les auteurs, après avoir critiqué le concept et le terme d'hallucinations obsédantes, concluent en disant que ces phénomènes doivent être considérés comme des hallucinations affectives ou complexuelles (Birnbaum). Ils proposent les termes d'hallucinations affectives obsessionnelles, pour exprimer plus clai-

rement la nature et les caractéristiques de ces troubles. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Catamnèse de cinquante schizophrènes lobotomisés, cinq ans après l'intervention, par R. Virginie et E. Bénincasa-Stagni (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico,* 12e année, vol. 22, fasc. 3, juin 1958, p. 387-414).

De l'étude catamnestique de cinquante cas de schizophrénie chronique, soumis à la lobotomie suivant la méthode de Freeman et Watts, et suivis pendant une période de cinq ans, il a été possible d'aboutir aux conclusions suivantes. Aux 38 % de résultats favorables obtenus à brève distance de l'opération, il faut opposer les 12 % à la fin des cinq ans. Cependant, il semble que cette amélioration n'aurait pu être acquise par d'autres traitements. Les meilleurs résultats s'observent dans la forme catatonique et dans la forme simple. Aucune amélioration sensible n'a été vue dans les formes hébéphréniques et paranoïdes. Ceci est en contradiction avec d'autres données de la littérature. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans des cas de six à dix ans d'ancienneté. Mais, certains succès ont été possibles même après plus de dix ans d'évolution. L'âge du début de la maladie n'a pas semblé important au point de vue pronostique. Dans l'ensemble, les résultats lointains sont moins bons que les résultats rapprochés. Certains symptômes sont plus souvent favorablement influencés : excitation, impulsivité, agressivité, négativisme, stéréotypies, maniérisme, agitation, automutilation, désordre des actes, malpropreté. L'emploi de la chlorpromazine et de la *Rauwolfia* peut être utile, mais de façon très limitée, après lobotomie. La psychochirurgie peut, selon les auteurs, être employée dans la schizophrénie : dans les cas déjà soumis à d'autres traitements, sans succès ou avec des succès transitoires ; dans les cas de longue durée faisant craindre l'improbabilité de rémissions spontanées ; dans des cas sélectionnés, surtout quant à la qualité des symptômes qui, selon l'expérience acquise, se montrent particulièrement susceptibles de modifications utiles après l'opération et en tenant compte également des autres caractéristiques accessoires ; enfin, en adoptant des techniques psycho-chirurgicales choisies suivant le cas en question et en ambiance hospitalière favorable avec psychothérapie, ergothérapie, traitements neuroplégiques. Reproduction de quelques observations à titre d'exemple. Tableaux. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Considérations sur un cas de délire dermatozoïque. Syndrome d'Ekbom, par B. Callieri (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico,* 12e année, vol. 22, fasc. 3, juin 1958, p. 545-554).

L'auteur décrit un cas de syndrome d'Ekbom ou délire dermatozoïque, chez un malade de 55 ans. Evoquant quelques travaux sur la question, il montre que la validité nosologique de ce tableau reste purement syndromique. Rien n'indique que l'évolution doit toujours être clinique, ni que l'action de l'électro-choc soit toujours seulement symptomatique. L'auteur se propose d'approfondir les problèmes de l'encadrement du syndrome d'Ekbom dans le domaine des troubles de la perception, comme exemple de la multi-

plicité et de la non-spécificité perceptive, comme point critique de la rencontre sujet-objet. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Observation sur deux couples de jumeaux monovulaires schizophrènes, par L. Rambelli et T. Boiceff (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico,* 12e année, vol. 22, fasc. 3, juin 1958, p. 579-584).

Décrivant deux couples de jumeaux monovulaires schizophrènes, les auteurs montrent qu'il n'y a pas de rapports entre la gravité de la maladie et l'anamnèse familiale, que les tests intellectuels (Progressive Matrices et vocabulaire) ont donné pour le premier couple, 0,61 et 0,57 (Progressive Matrices), 29 et 20,5 points (vocabulaire) ; pour le second, 0,47 et 0,61 (Progressive Matrices), 34 et 30,5 points (vocabulaire). Il n'y a aucun rapport entre la souffrance cérébrale pendant l'accouchement, le quotient intellectuel et la précocité d'apparition de la maladie. Il a été observé une légère amélioration du comportement, non seulement pendant l'hospitalisation d'un des membres de chaque couple, mais aussi quand l'état d'un des malades nécessitait des soins spéciaux (l'autre membre du couple s'améliorait). Beaucoup de points obscurs demeurent en ce qui concerne le problème génétique, le traumatisme obstétrical, les influences de l'ambiance.

V.-J. Durand.

Diencéphalose traumatique, syndrome endocrinovégétatif complexe, crises comitiales et troubles périodiques, par P. Cortez et Maria Cortez. (*Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgica,* Bucarest, 3e année, n° 1, janvier-février 1958, p. 81-86).

Un homme de 43 ans présente, à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral, une symptomatologie complexe : 1) syndrome infundibulo-tubérien global, manifesté par des troubles hypniques (inversion du rythme sommeil-veille, narcolepsie), un diabète insipide et un diabète sucré, une obésité avec gynécomastie accentuée, de l'hypothyroïdie, des perturbations gonadales ; 2) syndrome neurologique caractérisé par une parésie faciale centrale, une légère dysarthrie, un discret tremblement des doigts et des crises d'épilepsie généralisée ; 3) un syndrome psychique du type des troubles périodiques maniaco-dépressifs avec éléments paranoïdes à allure de puérilisme, et des états confusionnels avec agitation post-critique. Une figure.

V.-J. Durand.

Observations sur certaines psychoses organiques de la période involutive de la vie se rapportant surtout à leur pathologie, par W.H. Mc Menemey (de Londres). (*Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia,* Bucarest, 3e année, n° 2, mars-avril 1958, p. 97-106).

Les conceptions récentes sur la pathologie de la maladie d'Alzheimer et de la maladie de Pick, ainsi que sur leurs relations mutuelles, sont passées en revue. L'auteur envisage l'identité probable de beaucoup de cas considérés comme des démences séniles avec la maladie d'Alzheimer. Il propose

de réserver le terme de démencé sénile aux cas qui ne présentent pas le tableau histologique complet de la maladie d'Alzheimer. Il rapporte une observation de maladie d'Alzheimer, compliquée par l'artériosclérose cérébrale et qui évolua vers la mort à l'âge de 80 ans. Un cas de maladie de Pick est décrit, évoluant vers la mort avec des symptômes d'artériosclérose cérébrale à l'âge de 72 ans. On peut conseiller le développement d'études géographiques et génétiques sur ces maladies. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

La conscience de signification délirante dans la perception. L'égarement schizophrénique, par Ferdinando Barison (de Padoue). (*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria,* 19e année, fasc. 4, juillet-août 1958, p. 347-363).

Les interprétations délirantes, c'est-à-dire les « Wahnwahrnehmungen » primaires et secondaires des schizophrènes, les interprétations paranoïaques sont des perceptions pour lesquelles la conscience de signification délirante est une donnée immédiate. Chez le sujet normal, également, si elles sont soumises à des charges émotives importantes, on peut avoir des interprétations (correspondant à des faits réels ou non), fondamentalement du même type (avec conscience de signification immédiate), laissant naturellement de côté l'élément délirant des interprétations pathologiques. Plus souvent, on a chez le sujet normal des interprétations de type rationnel qui jouent, au contraire, un rôle minime en psychopathologie. La perception de signification de l'interprétation est rapprochée par l'auteur, de la perception normale de la causalité cinétique. Dans les interprétations rétroactives on a, avec le maximum de fréquence chez les délirants, des mécanismes analogues (c'est-à-dire apparition d'images nouvelles par l'adhésion syncrétique de la conscience de signification immédiate). L'auteur démontre que l'interprétation délirante schizophrénique n'est pas caractérisée par l'absence de motif, mais l'incompréhensibilité du lien entre perception et signification à laquelle il faut attribuer un sens, non de minoration, mais d'altérité. L'égarement (Ratlosigkeit) considéré généralement comme un symptôme schizophrénique est interprété par l'auteur comme une forme particulière de « Stimmung », de signification délirante diffuse. Il y a un obscur pressentiment de signification universelle vivante, ce qui différencie de la symptomatologie schizophrénique, tendant à créer un monde abstrait et sidéral. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contribution clinique et psychopathologique au problème du délire survenant à l'âge sénile, par Bruno Callieri et Romolo Priori (de Rome). (*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria,* 19e année, fasc. 4, juillet-août 1958, p. 365-385).

Les auteurs analysent le problème des psychoses délirantes qui se manifestent à l'âge sénile, chez des sujets indemnes de maladies psychiatriques antérieures. Se basant sur une série de trente cas soigneusement sélectionnés (évolution moyenne de trois à cinq ans), ils distinguent : tableaux typiquement paranoïdes, tableaux à début anxieux et dépressif avec syndrome déli-

rant de culpabilité et élaboration paranoïde successive, tableaux essentiellement hallucinatoires, tableaux de délire sénile de préjudice, d'hypocondrie et de déshonneur. Dans la série actuelle, l'éventualité de formes à début paranoïde et à évolution typique vers le délire sénile de persécution est représentée seulement par deux cas. Les auteurs soulignent l'importance du choix du thème délirant et de l'élaboration particulière du contenu. Le délire sénile semble être étroitement lié à la situation, bien organisé dans l'expérience intérieure et souvent même dérivable, de façon compréhensible, des événements passés. Il est possible de mettre en évidence la remarquable ambiguïté nosographique des thèmes de l'atteinte à l'honneur qui peuvent évoluer indifféremment d'un plan dépressif (le plus souvent endoréactif) à un plan paranoïde et vice-versa. Du côté formel, les expériences psychotiques séniles se montrent structurées dans un rapport très étroit avec le monde extérieur. L'attitude du malade à l'égard de ses thèmes délirants est celle d'un narrateur objectif. La richesse des faits délirants semble justifier le caractère pseudo-confabulatoire pris souvent par ces récits délirants. Enfin, les auteurs tentent de comprendre, dans le sens anthropo-analytique, l'attitude intérieure du sénile délirant, et montrent l'aspect particulier de ce malade avec allure sentencieuse. La tendance à changer le « croire en » en « croire qui » est un élément caractéristique de ces expériences délirantes. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Application chez les schizophrènes du test de Morf pour l'étude de quelques types d'opérations logiques, par S. Piro (de Naples). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 12, n° 5, 1958, p. 407-430).

Le test de Morf, pour l'étude des relations entre logique et langage en rapport avec le passage de la phase concrète à la phase formelle de la pensée, a été appliqué à un groupe de vingt schizophrènes. L'analyse des résultats obtenus a permis de mettre en évidence une compréhension générale plus grande des relations logiques à niveau formel et une meilleure conservation des relations à niveau concret. D'autre part, sont décrits les divers types d'erreurs logiques (dans les prémisses, dans les opérations logiques et dans les conclusions). Dans la structure de ces types d'erreur, il convient de distinguer les erreurs qui sont dues à une désorganisation de la relation logique (dissociation logique) et les erreurs qui sont rapportables à une altération de la signification des contenus (dissociation sémantique). L'auteur avance l'hypothèse que la dissociation mentale schizophrénique peut être considérée, au point de vue structural, comme la résultante de la superposition d'une dissociation logique et d'une dissociation sémantique. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le liquide céphalo-rachidien chez les déments séniles, par Bartolo Albanese (de Trapani). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 47, fasc. 4, juillet-août 1958, p. 500-507).

Une étude a été faite du liquide céphalo-rachidien de quarante psychopathes séniles dont vingt déments séniles, huit cas de syndromes préséniles et douze de formes psychopathiques diverses chez des malades d'un âge

avancé. Pour chaque cas, ont été examinées : la pression, l'albumine totale, les réactions de Pandy, Nonne-Apelt, Weichbrodt, de Taccone, du mastic colloïdal, enfin, la cytologie. Il a été possible de noter un comportement homogène pour la positivité des réactions des déments séniles, ce qui traduit un processus de désintégration du système nerveux, dont la gravité est l'expression de la psychopathie sénile. Au contraire, les réactions se montrent généralement négatives dans les deux autres groupes de malades (formes préséniles et psychopathies chroniques ayant atteint un âge avancé).

V.-J. Durand.

Sur certaines formes de neurasthénie chez les sujets âgés, par A. Dosios, C. Sonnenreich et Gh. Meiu. (*Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia,* Bucarest, 3e année, n° 3, mai-juin 1958, p. 271-274).

On peut observer chez des malades âgés de 50 à 65 ans, surtout chez des femmes, des tableaux cliniques particuliers de neurasthénie ayant, au premier plan, des manifestations hypocondriaques, cénestopathiques, revendicatives avec tendances à s'imposer à l'attention d'autrui. Particulièrement rebelles au traitement, ces ensembles symptomatiques prennent ainsi l'aspect de syndromes isolés. Par leurs allures cliniques, leur symptomatologie, leur évolution, ces syndromes méritent une place à part dans la classification des asthénies nerveuses liées à l'artériosclérose cérébrale et aux autres modifications cérébrales. Ces troubles constituent une entité particulière dans l'ensemble des tableaux de l'involution.

V.-J. Durand.

Nouvelles recherches sur la biologie de la démence sénile, par C. Parhon-Stefanescu, E. Preda et F. Meiu (de Bucarest). (*Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia,* Bucarest, 3e année, n° 3, mai-juin 1958, p. 265-270).

Des dosages des protides, des lipides et du rapport protides-lipides sont faits dans le sang de déments séniles, ainsi que chez des sujets de même âge, mais sans troubles mentaux. Les résultats montrent, pour les protides, une baisse de valeurs moyennes ; pour les lipides, une diminution encore plus importante. Le rapport protides-lipides est donc augmenté notablement, chez les déments séniles. Les auteurs rappellent les travaux de Parhon sur l'élévation progressive du cholestérol sanguin à l'approche de la vieillesse, suivie d'une diminution après 80 ans. De même, les protides s'élèveraient jusqu'à 80 ans, pour baisser ensuite. Chez les déments séniles, cette diminution se voit à un âge moins avancé, ce qui pourrait faire penser à une anticipation des phénomènes de vieillissement.

V.-J. Durand.

Sur un cas singulier de troubles de la mémoire. Incapacité de fixation sans fabulation, par Romolo Rossini (de Bologne). *Rivista sperimentale di Freniatria,* vol. 82, fasc. 3, 30 septembre 1958, p. 537-587).

Chez un sujet de 36 ans, sans aucun antécédent morbide digne d'être noté et sans que l'on puisse mettre en évidence un facteur causal certain (intoxication oxycarbonée, infection latente), s'instaure de façon brusque un

trouble de la mémoire. Pendant plusieurs jours, le malade montre une incapacité absolue de fixer et de conserver un contenu de toute expérience au-delà de quelques dizaines de secondes. Il y avait également des signes de désorientation temporo-spatiale, mais aucun symptôme de confabulation. La forme morbide a démontré une tendance à une lente amélioration progressive, ce qui a permis une étude approfondie du cas. A côté de l'importante déficience de la mémoire antérograde apparaît une compromission de la mémoire d'évocation et, de plus, sont démontrées des altérations de la structure temporo-spatiale, de la pensée (difficulté d'abstraction et de synthèse, pauvreté imaginative) et du tonus affectif. Chaque élément du tableau clinique est analysé ainsi que l'encadrement nosographique du cas. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

La perception de forme chez les schizophrènes. Etude sur quelques lois de configuration, par E. Zara et E. Buondonno (de Lecce) (*Folia psychiatrica,* Lecce, 1re année, 1958, fasc. 2, p. 203-230).

Les auteurs, après avoir rappelé les lois essentielles des perceptions de forme (lois de voisinage, d'égalité, des formes fermées, de bonne courbe, de destinée commune), montrent quels résultats ils ont obtenus chez cent schizophrènes et cinquante sujets normaux de contrôle. Les différences du comportement perceptif sont évaluées en se basant sur les troubles de la motilité oculaire observés chez les schizophrènes. On sait que de semblables troubles peuvent entraîner des altérations des perceptions de forme et sont conditionnés par des lésions mésodiencéphaliques, fréquentes dans la schizophrénie, comme l'ont montré les travaux de l'école de Buscaino. Quatre figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

La catalase érythrocytaire dans les psychoses confusionnelles aiguës, par C. Cante (de Lecce) et B. Campanelli (de Naples). (*Folia Psychiatrica,* Lecce, 1re année, 1958, fasc. 2, p. 265-272).

Chez vingt malades atteints de psychoses confusionnelles aiguës, les auteurs ont recherché le taux de la catalase érythrocytaire. Normalement, les valeurs moyennes de ce taux oscillent de 0 g. 80 à 1 g. 20 par litre de globules rouges. Dans les cas étudiés, le taux le plus élevé a été de 0 g. 72, la valeur moyenne de la série étant de 0 g. 64. Cette diminution de la catalase érythrocytaire dans les psychoses confusionnelles aiguës pourrait être attribuée à des troubles fonctionnels hépatiques. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

La « pseudo-sénilité », expression d'un état affectif au-delà de soixante ans, par Secondino Cibelli (de Turin). (*Rassegna di Studi Psichiatrici,* vol. 47, fasc. 3, mai-juin 1958, p. 321-340).

Après quelques considérations sur l'importance de la composante affective pour tout acte humain, l'auteur envisage ce que peut être cette composante

après la soixantaine. Souvent la dépréciation de la sénilité par des opinions préconçues peut déterminer, à cause de la baisse du tonus affectif, un état d'abandon avec les signes d'une pseudo-démence chez des sujets qui ont cessé leur travail à cause des limites d'âge. Un groupe de sujets ainsi frustrés, ainsi qu'un groupe de contrôle, ont été soumis à des examens cliniques, psychologiques et à un questionnaire établi par l'auteur. Les recherches ont été faites, soit à l'état de conscience habituel, soit sous l'action d'un barbiturique. Les résultats obtenus ont confirmé les conceptions théoriques. Six figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Vision multidimensionnelle de la personnalité sous les points de vue de Gardner Murphy, par Sanchez de Borjá. (*Informaciones psiquiàtricas*, San Baudilio de Llobregat, vol. 2, n° 4, 4e trimestre 1957, p. 45-67).

La personnalité humaine est à l'unisson des mécanismes proprioceptifs et perceptifs, à base organique, en rapport avec des systèmes réactionnels. Ceux-ci sont limités par des conditions spécifiques qui donnent lieu à la constance du milieu intérieur. Les lois de l'hérédité garantissent une continuité des dispositions. Les attitudes de l'organisme sont maintenues par des conditions structurales qui interviennent dans la formation du moi. L'ensemble somatopsychique évolue par les phases globale, différenciée et fonctionnelle. Face aux agressions de l'ambiance, la personnalité montre une continuité liée aux dispositions génétiques. Mais, les tensions de la personnalité sont la conséquence des variations apparues dans l'organisation biologique. La personnalité doit être considérée comme une direction de développement de traits multidimensionnels complexes.

V.-J. Durand.

Les dix prochaines années en psychiatrie, par Franz Alexander (de Los Angeles). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 12, n° 3, juillet 1958, p. 438-442).

Bien qu'il soit difficile de faire des prévisions sûres, l'auteur pense que les dix prochaines années en psychiatrie seront caractérisées par quatre tendances essentielles. Ce serait, tout d'abord, un intérêt croissant pour les points de vue psychologiques ; ensuite, la place accordée aux conceptions psychosomatiques ; puis, le retentissement des dernières découvertes de la pharmacologie avec le développement de la psychopharmacologie ; enfin, l'extension des doctrines sociologiques en psychiatrie.

V.-J. Durand.

NEUROLOGIE

L'électro-encéphalographie dans les convulsions de l'enfance avant trois ans, par Mme A. Lerique-Kœchlin. Soc. d'E E.G., 4 et 5 décembre 1957. (*Revue neurologique*, t. 99, n° 1, juillet 1958, p. 1).

D'après une statistique portant sur 1.251 enfants, l'auteur trouve 5 % d'épileptiques dans l'avenir des convulsifs infantiles non épileptiques. Sur

1.030 cas, on note 58 % des convulsions fébriles ayant un premier électro-encéphalogramme normal ; 31 % ont des ondes lentes ; 10 % ont des signes d'épilepsie exceptionnellement précoces. Chez ceux que l'on a suivis, 80 % ont vu leurs crises disparaître et 60 % leur électro-encéphalogramme rester ou devenir normal. Dans l'épilepsie, les proportions sont toutes différentes. L'aspect de l'électro-encéphalogramme initial comprend 22 % normaux, 21 % d'ondes lentes, 67 % de pointes-ondes. Pour le spasme du sanglot, la bénignité s'affirme dans 93 % de tracés normaux. Dans la tétanie, les premiers électro-encéphalogrammes sont altérés et la plupart comportent des pointes. Les syncopes paraissent bénignes mais certaines sont des épilepsies larvées. Il y a un âge pour chaque sorte de convulsions : il est de 12 à 24 mois dans les convulsions hyperpyrétiques ; l'épilepsie est en général très précoce. Le spasme du sanglot se voit de 10 à 24 mois tandis que la tétanie est plus précoce, de 0 à 12 mois. Les syncopes se voient à peu près à tous les âges. Le facteur héréditaire est plus important dans les convulsions fébriles que dans l'épilepsie. En résumé, les convulsions de l'enfance sont rares, leur pronostic est bon ; les signes électriques d'épilepsie sont rares dans les convulsions bénignes. Dans les hyperpyrexies, on relève une fréquence relative d'ondes lentes, ce qui prouve que le cerveau des enfants souffre assez longtemps après cet épisode.

L. Marchand.

L'électro-encéphalographie dans les convulsions fébriles, par Mmes A. Lerique-Koechlin, Misès, Teyssonière de Gramont et Loosky-Nekhorocheff. Société d'électro-encéphalographie, 4 et 5 décembre 1957. (*Revue neurologique*, t. 99, n° 1, juillet 1958, p. 11).

La convulsion fébrile est ainsi définie : toute crise survenant chez un enfant qui n'a pas d'affection évidente du système nerveux central (infectieuse ou lésionnelle), qui peut être répétée mais n'est pas un état de mal, qui est toujours survenue au début d'une poussée fébrile. D'après une statistique portant sur plus de 1.000 cas de convulsions hyperpyrétiques, beaucoup de crises fébriles ont un tracé initial normal et guérissent ; un tiers des tracés précoces montrent des ondes lentes, trois seulement ont des pointes-ondes. Le pronostic électro-encéphalographique est plus grave s'il y a des pointes-ondes ou si les signes sont localisés. Un enfant qui a présenté une ou plusieurs convulsions fébriles a beaucoup de chance de guérir si son tracé initial est normal, si ayant présenté des ondes lentes, il se normalise rapidement, si la crise était généralisée et non suivie d'hémiplégie, s'il a moins de 3 ans. Toutefois, les auteurs font la réserve que l'on ne peut prévoir à coup sûr quels sont les 5 % de ces enfants qui deviendront épileptiques.

L. Marchand.

Symptômes mentaux dans les cas de tumeur du lobe temporal, par P. Gal. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 2, août 1958, p. 157).

Sur 61 cas de tumeurs du lobe temporal, vérifiés soit par biopsies, soit à l'autopsie, l'auteur note des symptômes mentaux dans 50 cas. Chez 37 sujets, ce sont les symptômes mentaux qui sont apparus avant les symptômes neu-

rologiques. Ce sont, suivant leur importance : 1° des accès (hallucinatoires, illusions visuelles, état de rêve, automatisme, équivalent psychomoteur, épilepsie temporale) ; 2° des modifications de la personnalité ; 3° des troubles du comportement, une psychose schizoforme ; 4° des symptômes mentaux pariétaux ; 5° un syndrome psycho-organique. Il ne s'agit pas d'un syndrome mental défini de tumeur du lobe temporal puisque les syndromes psychiques ne sont jamais les manifestations d'une lésion d'une région déterminée du cerveau, mais les témoins d'un trouble fonctionnel du cerveau considéré comme un tout. Des symptômes cliniques et de leurs rapports avec des lésions localisées, on peut tout au plus conclure que certains groupes de neurones participent davantage à certaines fonctions cérébrales spécifiques telles que celles classées par l'auteur à propos des tumeurs du lobe temporal.

L. Marchand.

Suites immédiates et lointaines des convulsions fébriles avant quatre ans, par R. Laplane, R. Humbert, P. Laget, R. Salbreux et P. Debray. Société d'électro-encéphalographie, 4 et 5 décembre 1957. (*Revue neurologique*, t. 99, n° 1, juillet 1958, p. 26).

Série de 39 malades atteints de convulsions hyperpyrétiques n'ayant reçu aucun traitement et étudiés à des dates fixes à partir du jour de la convulsion fébrile. Chez 72 % des cas, le recul actuel est de plus de six mois. L'aspect des crises, leur horaire, l'importance du décalage thermique déclenchant, la fréquence de l'étiologie rhino-pharyngée responsable de la fièvre sont exposés. L'évolution de deux de ces malades a déjà été émaillée de crises non pyrétiques. Dans la majorité des cas, il paraît possible de formuler un pronostic d'avenir grâce à l'électro-encéphalogramme, mais il faut répéter suffisamment les enregistrements pour déceler les altérations spécifiques annonciatrices d'une évolution vers la comitialité.

L. Marchand.

Etude électro-encéphalographique des hémi-convulsions suivies d'hémiplégie (syndrome H.H.) et de ses séquelles épileptiques (syndrome H.H.E.), par M. Vigouroux. Société d'électro-encéphalographie, 4 et 6 décembre 1957. (*Revue neurologique*, t. 99, n° 1, juillet 1958, p. 39).

Du groupe général des convulsions, un syndrome qui comprend des hémiconvulsions suivies d'hémiplégie (syndrome H.H.), et auxquelles succèdent souvent des crises d'épilepsie (H.H.E.) a été isolé. Si l'on compare les données électro-encéphalographiques et certaines données cliniques, notamment la persistance ou la disparition de l'hémiplégie initiale et le caractère des crises épileptiques, on peut admettre qu'une lésion vasculaire initiale discrète (œdème ou ischémie) avec ondes unilatérales transitoires n'est pas suivie d'épilepsie. Des lésions plus importantes avec ondes lentes diffuses unilatérales s'associant à un foyer d'ondes lentes temporo-occipitales sont suivies habituellement d'une épilepsie du lobe temporal, forme psychomotrice.

L. Marchand.

Le syndrome d'insuffisance vasculaire du système artériel basilaire, par Charles M. Poser (de Kansas City). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, vol. 58, fasc. 6, juin 1958, p. 420-435).

A propos de neuf observations, l'auteur étudie le syndrome d'insuffisance intermittente du système artériel basilaire, caractérisé par des attaques épisodiques, des signes neurologiques transitoires, des symptômes évoquant une atteinte du tronc cérébral (vertiges, diplopie, troubles de la conscience). Les facteurs prédisposants comportent une hypotension, une insuffisance cardiaque ou d'autres conditions de réduction du débit sanguin à travers des vaisseaux artérioscléreux ou de production de thrombose. Le traitement anti-coagulant et vaso-dilatateur est efficace pour limiter l'extension du déficit neurologique et éviter des récidives. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Epilepsie syphilitique résiduelle. Etude anatomo-clinique, par A. Kreindler, Florica Nereantiu et I. Poilici (de Bucarest). (*Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia*, Bucarest, 3e année, n° 2, mars-avril 1958, p. 131-138).

A. Kreindler a décrit, en 1956, sous le nom d'épilepsie syphilitique résiduelle, un tableau clinique caractérisé par l'apparition d'accès épileptiques chez des anciens syphilitiques. Ces malades, sous l'influence du traitement spécifique, avaient des réactions négatives dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Les auteurs rapportent de manière détaillée l'étude anatomo-pathologique d'un cas chez un malade de 59 ans, montrant cliniquement des signes d'épilepsie syphilitique résiduelle et qui mourut par suite d'un état de mal. On peut noter le polymorphisme des lésions et la relation entre atteinte anatomique et accès convulsifs. Les lésions inflammatoires résiduelles et cicatricielles ne représentent que le point d'appel épileptogène, l'apparition des crises comitiales nécessitant, en outre, une baisse du seuil convulsivant. Neuf figures.

V.-J. Durand.

Les syndromes neurologiques en foyer dans le cadre de la méningite tuberculeuse, par G. Rici, R. Virgili et T. Copaitich (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 12e année, vol. 23, fasc. 1, août 1958, p. 115-143).

Les auteurs décrivent sept cas de syndromes neurologiques focaux (trois d'hémiplégie, deux d'hémiparésie, deux de monoparésie facio-brachiale), apparus au cours de manifestations tuberculeuses hématogènes (à l'exception d'un cas avec adénopathie hilaire). Chez la plupart des malades (dans six cas), s'est développée ultérieurement une méningite tuberculeuse. A l'occasion de ces observations, est ouverte une discussion sur les problèmes relatifs aux questions diagnostiques, anatomo-pathologiques (dans un cas, symptômes de thromboartérite cérébrale tuberculeuse), pronostiques et thérapeutiques que doivent poser de semblables formes. En ce qui concerne les mécanismes déterminants, les auteurs pensent qu'il faut faire entrer ces syndromes neurologiques en foyer dans le cadre de la pathogénie de la méningite tuberculeuse. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Les transaminases glutamino-oxalacétique et glutamino-pyruvique dans les maladies du système nerveux, par G. Manai, F. Mandelli et M. Saginario (de Parme). (*Revista Sperimentale di Freniatria*, vol. 82, fasc. 3, 30 septembre 1958, p. 726-737).

Des recherches ont été faites sur le sérum et le liquide céphalo-rachidien pour doser les transaminases glutamino-oxalacétique et glutamino-pyruvique chez des sujets normaux et chez des malades atteints d'affections du système nerveux central. Les valeurs normales pour la transaminase glutamino-oxalacétique, dans le sérum : 23,5 ± 7,31 unités (de 10 à 40 unités) ; dans le liquide céphalo-rachidien : 11,1 ± 4,96 (de 3 à 20 unités). Pour la transaminase glutamino-pyruvique, dans le sérum : 16,3 ± 5,24 (de 4 à 29 unités) ; dans le liquide céphalo-rachidien : 3 ± 2,74 (de 0,5 à 10 unités). Une augmentation du taux de transaminase dans le liquide céphalo-rachidien a été trouvée dans une forte proportion des cas de processus vasculaires, soit hémorragiques, soit thrombotiques ; parfois, dans les atrophies cérébrales à base vasculaire. Dans les autres formes morbides examinées (à l'exception de quelques cas de maladies inflammatoires, telles que méningites et méningo-encéphalites) et pour l'épilepsie en état de mal, il n'y a pas eu de modifications importantes. Une hausse accentuée de la transaminase dans le liquide céphalo-rachidien a, généralement, la signification d'une lésion étendue et donc d'une certaine gravité dans les affections vasculaires et inflammatoires. La recherche comparative des deux activités transaminasiques dans le sérum et dans le liquide céphalo-rachidien a montré un comportement indépendant de leurs taux. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Un cas de sclérose tubéreuse ou maladie de Bourneville-Pellizzi, par Guido Mengoli et Gastone Maccagnani (d'Imola). (*Revista Sperimentale di Freniatria*, vol. 82, fasc. 3, 30 septembre 1958, p. 738-756).

Un cas de sclérose tubéreuse est décrit chez une jeune fille de 25 ans. On y retrouve les éléments de la triade symptomatique classique de H. Vogt: épilepsie, oligophrénie, adénome sébacé de Pringle. Les examens pneumo-encéphalographique et électro-encéphalographique, associés aux autres explorations (y compris l'examen histologique de la peau) se sont montrés particulièrement utiles. Ils peuvent permettre de faire le diagnostic dans les cas où manque un des éléments du syndrome clinique. Sept figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Etude critique de l'anatomie pathologique du syndrome de Korsakoff, par Oscar Marin San Martin. (*Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, t. 5, 1957, p. 121-135).

A propos de deux observations personnelles, l'une, anatomo-clinique, l'autre, purement clinique de syndrome de Korsakow, l'auteur expose l'essentiel des travaux relatifs à l'anatomie pathologique de ce syndrome. Il montre comment certains pensent à une relation anatomo-clinique étroite avec des lésions de la région hippocampo-ammonienne et de la face inférieure

du lobe temporal. D'autres incriminent une atteinte des tubercules mamillaires et des zones voisines du III[e] ventricule, tandis que d'autres, enfin, admettent à la fois la participation de la corne d'Ammon et celle des corps mamillaires et de l'hypothalamus. L'auteur lui-même croit à l'intervention d'un circuit : corne d'Ammon, gyrus hippocampi, fornix, hypothalamus, corps mamillaires, faisceau mamillo-thalamique, thalamus, cortex. Une lésion au niveau temporo-ammonien serait importante, mais le centre de gravité serait localisé dans la région des corps mamillaires et de l'hypothalamus voisin. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Considérations sur quelques cas d'épileptie reflexe, par A. Kreindler, M. Steriade, I. Voinesco et M. Botez. (*Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia,* Bucarest, 3[e] année, n° 3, mai-juin 1958, p. 203-210).

Les auteurs exposent les observations cliniques et les données électro-encéphalographiques de deux malades qui présentaient des crises d'épilepsie déclenchées par voie réflexe. Chez le premier, souffrant d'un astrocytome du tiers supérieur de la circonvolution pariétale ascendante, les crises jacksoniennes sensitives ou sensitivo-motrices se produisaient par l'application d'un excitant proprioceptif (percussion du tendon du quadriceps). Chez le second, les crises paresthésiques au niveau des membres du côté gauche apparaissaient à la suite d'une excitation cutanée (contact des pieds avec l'eau). Chez ce dernier malade, l'acte de penser au paroxysme paresthésique à venir suffit à déterminer l'apparition sur les dérivations centrales et pariétales droites d'altérations bio-électriques progressives précédant la crise paresthésique clinique. On peut discuter le mécanisme de production de ces crises. Quatre figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude des rapports entre alcoolisme et épilepsie tardive, par U. Cantorio et M. de Crescenzo (de Lecce). (*Folia Psychiatrica,* Lecce, 1[re] année, 1958, fasc. 2, p. 273-310).

Après avoir passé en revue les diverses causes de l'alcoolisme, montré les lésions anatomo-pathologiques consécutives et évoqué les manifestations cliniques correspondantes, les auteurs s'arrêtent à considérer les données récentes d'ordre biochimique, électro-encéphalographique et pneumo-encéphalographique. Ces diverses données mettent en lumière l'action néfaste de l'alcool, en particulier, au niveau des glandes endocrines, du foie et du système nerveux central. La conséquence de cette atteinte pluri-viscérale est de réaliser, conjointement à l'intervention de carences alimentaires fréquentes, un tableau de dysmétabolisme complexe. Sur la base de ce dysmétabolisme, les auteurs cherchent à interpréter le rôle joué par l'alcool éthylique dans la genèse de l'épilepsie tardive. Ce rôle peut être ramené essentiellement à la possibilité de créer, à travers des perturbations bio-humorales et des lésions viscérales plus ou moins légères, un abaissement du seuil épileptogène. Avec l'évolution de l'intoxication alcoolique chronique, on aboutit à la formation de lésions cérébrales organiques perturbant la réactivité cérébrale. De telle façon, est réalisé le tableau de l'épilepsie alcoolique dans ses deux formes : fonctionnelle et organique. Sur une série

de 220 cas d'alcooliques chroniques, soignés à l'hôpital psychiatrique de Lecce, dans la période 1940-1956, l'épilepsie éthylique a été observée dans le pourcentage de 5,46 %. Douze observations sont rapportées. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Sciatiques et pseudo-sciatiques. Variations dans les sièges d'apparition et dans les zones d'irradiation de la douleur, par Alessandro Contessa et Giorgio Sabbadini (de Pérouse). (*Rivista di Neurobiologia,* vol. 4, fasc. 2, avril-juin 1958, p. 195-207).

La douleur qui s'irradie dans le territoire du nerf sciatique n'est pas toujours à attribuer à l'atteinte des racines ou du tronc nerveux périphérique. Dans quelques affections des tissus musculaires, ligamenteux, articulaires, la douleur de type dit réflexe ou référée peut simuler une distribution radiculaire ou périphérique. D'autre part, la douleur qui dérive de la compression d'une racine ou d'un nerf périphérique peut ne pas s'irradier dans le territoire sensitif correspondant. Les auteurs discutent la pathogénie de la douleur dans la sciatique nerveuse et dans les syndromes pseudo-sciatiques et décrivent quelques observations à titre d'exemple. Douze figures Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude des paralysies réflexes, par Attilio Zambianchi (de Pavie). (*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria,* 19e année, fasc. 3, mai-juin 1958, p. 267-299).

A la lumière des recherches cliniques et expérimeotales faites depuis plus de cent cinquante ans, l'auteur étudie l'ancien problème des paralysies réflexes. Il pense qu'il est nécessaire de reconnaître la réalité de leur existence. Ce sont des troubles de la motilité associés à des dystrophies et se manifestant à la suite de stimulations ou de lésions périphériques insuffisantes pour les produire directement. L'origine de ces troubles doit, au contraire, être recherchée dans une réaction réflexe du système nerveux à l'excitation des fibres périphériques (principalement de celles du sympathique), produite par ces stimulations. Il serait indiqué de comprendre dans ce groupement syndromique une partie des physiopathies de Babinski et Froment et le syndrome « épaule-main » récemment individualisé. Trois observations personnelles sont rapportées. Figures en hors-texte. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

La réaction d'éveil dans l'électroencéphalogramme humain pathologique, par Augusto Vitale (de Milan). (*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria,* 19e année, fasc. 3, mai-juin 1958, p. 243-264).

La réaction d'éveil, provoquée pendant l'enregistrement électro-encéphalographique normal chez soixante-dix malades présentant diverses affections neurologiques, a permis d'étudier le comportement de l'activité électrique cérébrale, sous la dépendance des altérations anatomiques et fonctionnelles les plus diverses, pendant l'activation du système réticulaire ascendant. La

capacité d'un certain type d'activité électrique de se modifier et de s'adapter aux variations de l'état de vigilance a démontré être une donnée auxiliaire précieuse qui, unie à des critères traditionnels, peut fournir une meilleure estimation du siège, de la délimitation et de la gravité d'une lésion cérébrale. Quatre figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

BIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

Sur le thème des corrélations neuro-endocrino-métabolitiques. Contribution de recherches biopsychologiques chez des malades mentales au climatérion, par U. Bonetti (de Crémone). (*Neuropsychiatria*, 14e année, fasc. 1, janvier-mars 1958, p. 1-61).

L'auteur évoque les points de vue courants sur la pathogénie des troubles ménopausiques, puis les résultats obtenus par les traitements. On trouve chez ces malades des signes d'atteinte fonctionnelle diencéphalique, que peuvent révéler diverses épreuves. L'emploi d'extraits lipoïdiens de noyaux hypothalamiques a permis d'observer : retour à la normale ou amélioration des divers troubles neuro-végétatifs, métaboliques, etc. ; modification d'activité de certaines glandes endocrines, sans doute par un mécanisme de régulation ; absence d'antagonisme entre l'inhibition exercée par les extraits épiphysaires et l'action des extraits diencéphaliques sur une exaltation de l'activité hypophysaire ; amélioration du tableau psychique (essentiellement dépressif) ; absence d'effets collatéraux nocifs s'appuyant sur les résultats des différents tests biologiques, sur l'existence de corrélations endocriniennes, sur les effets des extraits lipoïdiens hypothalamiques. L'auteur préconise l'emploi de ces extraits dans la thérapeutique de certaines formes de psychoses ménopausiques. Dix observations détaillées sont rapportées, avec nombreuses données biologiques. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Influence de la promazine sur les courbes glycémiques de charge chez les sujets normaux et chez les schizophrènes, par C. Cittério (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 12e année, vol. 23, fasc. 1, août 1958, p. 107-114).

Les recherches effectuées antérieurement par l'auteur avec la chlorpromazine ont été répétées avec la promazine dans le but de démontrer l'influence de ce produit sur la courbe glycémique après ingestion de 100 g. de sucre. Il a été possible d'observer que la promazine influence cette courbe, aussi bien chez les sujets normaux que chez les schizophrènes. L'action modificatrice est d'ailleurs plus marquée dans le premier cas. En comparant les courbes, l'auteur a constaté que la chlorpromazine possède, par rapport à la promazine, une influence plus prononcée sur la durée de l'action hyperglycémiante. Cette différence d'activité pourrait être attribuée au rôle exercé par le chlore en position 3 dans le noyau phénothiazinique de la chlorpromazine. Trois figures.

V.-J. Durand.

La doctrine de la densité psychologique de la population, par Juan Dalma, préface par le Dr Miguel Figueróa Román, directeur de l'Institut de Sociologie. (Une brochure in-8°, 84 pages, Université nationale de Tucuman, République argentine, édit.).

Rappelant les modifications sociales observées au cours des deux derniers siècles (augmentation numérique des individus, émancipation et expansion individuelle, augmentation de la différenciation), l'auteur constate l'apparition d'une collectivité complètement modifiée dans sa structure biosociale et sur trois plans différents : classes sociales « inférieures », femmes, peuples asiatiques et de couleur. Processus qu'il définit comme une augmentation de la densité psychologique de la population, qui se trouve en plein développement dynamique. Instrument de progrès dans la lutte pour l'existence, ce phénomène occasionne cependant des phases transitoires de désadaptation se manifestant par des déviations collectives et individuelles, sources de tensions et de conflits internes et externes. D'où la nécessité de son étude par une recherche comparée dans les différentes zones, groupes et couches de la société. Parmi les méthodes nécessaires à cette étude, figurent l'analyse de la scolarité, les enquêtes psychologiques et surtout les relèvements psychométriques systématiques dans les écoles, les forces armées, à l'occasion des recrutements de la population. Des méthodes standardisées devront être établies en collaboration internationale. L'auteur en cite comme exemple un type de batterie de test composée du E.G.Y. de Kent, du test des labyrinthes de Porteus et du linéogramme du test myocinétique de Mira y López.

V.-J. Durand.

ENFANCE ET ADOLESCENCE

Au sujet de l'électro-encéphalogramme des enfants caractériels, par J. Faure et A. Guérin. Société d'électro-encéphalographie, Paris, 4 et 5 décembre 1957. (*Revue neurologique*, t. 99, n° 1, juillet 1958, p. 209).

Les 187 tracés électro-encéphalographiques se répartissent en deux catégories : *a*) les uns (13 cas) présentent les anomalies classiques qui appartiennent à l'électro-encéphalogramme de l'épileptique ; *b*) les autres ont des tracés électro-encéphalographiques normaux, qui comprennent six types électrographiques.

Les auteurs concluent en recommandant la prudence dans l'électro-encéphalographie des enfants caractériels. On ne dira pas que des types électrographiques originaux sont « anormaux ». On évitera des fautes de vocabulaire et de séméiologie qui sous-entendent une pathogénie incertaine et qui confondent les domaines électrographiques et psychopathologiques. Certains des types électrographiques paraissent exister chez l'enfant caractériel avec quelques éléments psychologiques sans que l'on soit autorisé à établir quelques corrélations entre les types électrographiques et les éléments psychologiques.

L. Marchand.

La pathogénèse des crises convulsives d'origine infectieuse chez les enfants, par Antonin Hrbek (de Prague). (*Médecine et hygiène*, Genève, 16e année, n° 410, 30 octobre 1958, p. 508-509).

Une discussion est ouverte sur le problème des convulsions d'origine infectieuse chez les enfants, en utilisant les données de la littérature et les résultats cliniques et expérimentaux personnels. La fièvre en constitue le facteur essentiel, mais quelques toxines bactériennes et diverses substances antipyrétiques y jouent également un rôle important. La réaction initiale de l'organisme en soi ne semble pas avoir une influence sur la prédisposition aux convulsions. Le virus de la grippe ne se manifeste pas non plus dans l'expérience sur l'animal. Tous les facteurs cités agissent sur la base d'un terrain sensibilisé qui est la conséquence des facteurs prédisposants généraux et individuels. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Paralysie agitante familiale juvénile. Etude clinique, anatomique et génétique, par Yukio Ota, Sawako Miyoshi, Osamu Uéda, Torayoshi Mukai et Akio Maeda (d'Osaka). (*Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*, vol. 12, n° 2, juillet 1958, p. 112-121).

Trois cas familiaux de paralysie agitante infantile sont décrits. Il s'agissait de formes pour lesquelles le syndrome parkinsonien, indépendant d'une encéphalite latente, s'était développé avant l'âge de 20 ans. Les signes cliniques et les données anatomiques ont été absolument similaires à ceux de la maladie de Parkinson de l'adulte. Une étude génétique soigneuse a permis de montrer que la maladie est transmise selon le mode récessif. Sept figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Considérations sur la carence ou l'abandon affectif à l'âge évolutif, par Secondino Cibelli (de Turin). (*Infanzia Anormale*, fasc. 28, juillet-octobre 1958, p. 433-438).

Se basant sur ses observations personnelles, concernant les anomalies caractérielles de l'enfant, l'auteur fait remarquer que, très fréquemment, ces troubles ont comme origine le manque d'affectivité ou une affectivité interrompue. Il est suffisant, le plus souvent (mais à condition d'agir avant la puberté), de donner à l'enfant l'affectivité qui lui faisait défaut pour que ces perturbations disparaissent ou, tout au moins, s'atténuent notablement. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'influence de l'ambiance sur le degré de maturité sociale à l'âge évolutif. Expérience avec l'échelle de maturité sociale de Doll, par C. Iannuccelli, L. Malaguzzi, M. Montanini et C. Formica (de Reggio Emilia). (*Infanzia Anormale*, fasc. 28, juillet-octobre 1958, p. 457-468).

Des recherches ont été faites par les auteurs à l'aide de l'échelle de maturité sociale de Doll pour déterminer l'influence de quelques facteurs d'ambiance (résidence urbaine ou rurale, niveau socio-économique) sur la matu-

rité sociale de 180 écoliers de 7 à 9 ans d'intelligence normale. Il apparaît que l'adaptation scolaire influe notablement sur toutes les autres formes d'adaptation sociale. Les enfants des villes accusent plus nettement les processus d'adaptation imposés par l'école. A 7 ans, ils ont une réelle supériorité dans le degré de maturité sociale. Cette supériorité diminue rapidement vers 9 ans. Le niveau socio-économique de la famille exerce une importante influence sur le degré de maturité sociale des enfants. Ce degré est le plus faible parmi les cultivateurs. Il est le plus élevé pour les professions intellectuelles et les ouvriers. Le quotient social des fils d'ouvriers est élevé par la précocité de leurs processus d'indépendance sociale. Il est, au contraire, bas pour les fils d'employés, à cause de leur faible autonomie personnelle.

V.-J. Durand.

CRIMINOLOGIE

La psychologie du délinquant involontaire.

La *Revue de droit pénal et de criminologie*, de Belgique, vient de publier dans son numéro de novembre des rapports présentés aux récentes Journées franco-belges-luxembourgeoises de science pénale, et qui concernent l'infraction involontaire, la réparation du préjudice qu'elle cause et la psychologie de son auteur.

On sait que le Code pénal distingue trois sortes d'infractions : le crime, le délit et la contravention. Les deux premiers sont des actes volontaires, spontanés ou prémédités, commis avec une intention coupable, la recherche du but que l'on se propose, le meurtre ou le vol par exemple. Cette intention a été définie par le professeur Garçon comme étant la connaissance que l'agent possède, qu'il accomplit un acte illicite. La contravention ne comporte pas cet élément moral ; elle est constituée par la seule désobéissance à certains articles du Code ou à des actes de l'autorité. Dans le jugement d'une contravention, il n'y a pas à rechercher si l'auteur a été de bonne ou de mauvaise foi. Le fait de n'avoir pas éclairé une voiture en stationnement suffit, que ce soit un acte volontaire ou une omission.

Mais entre le délit et la contravention, le Code a donné une place à un certain genre d'infractions qu'on appelle les délits involontaires ou délits d'imprudence, dont le type le plus ordinaire et le plus courant est l'accident de la circulation causé par une automobile. On les nomme aussi délits contraventionnels. On n'y trouve pas d'intention délictuelle, en ce sens que le conducteur de la voiture ne s'est pas proposé de tuer ni de blesser un piéton, mais il a commis plus qu'une contravention. Il s'est rendu coupable d'une faute pénale par sa volonté de ne pas se conformer à la loi ou à un règlement, ou par sa négligence à s'y conformer. Les articles 319 et 320 du Code pénal, qui sanctionnent l'homicide et les blessures involontaires, disposent : « Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence « ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homi- « cide ou en aura été involontairement la cause, sera puni... S'il est résulté « du défaut d'adresse ou de précaution des blessures ou maladies..., le cou- « pable sera puni... »

Ce sont là cinq catégories de fautes que le législateur a pris soin de préciser mais qui, en réalité, se ramènent à une seule : l'imprudence. Il y a, en effet, à l'origine du délit involontaire, l'accomplissement d'un acte qui, par sa nature, est dangereux pour les autres, s'il ne s'accompagne pas de certaines précautions, comme le maniement d'une arme, d'un engin, d'un appareil, d'un mécanisme, ou encore l'exécution d'un travail périlleux. La maladresse suppose un manque d'habileté, de dextérité, mais surtout l'ignorance du fonctionnement de l'objet ou de la conduite du mécanisme. L'inattention est le fait d'un homme distrait qui manipule par exemple un engin sans penser aux risques qu'il présente. Dans tous les cas, ce ne sont que des formes de l'imprudence.

Comment un homme sensé, raisonnable peut-il, lorsqu'il a dans sa main ou sous sa main un mécanisme dangereux, manquer à la prudence en n'envisageant pas toutes les conséquences qui peuvent se produire. Comment un conducteur d'automobile devient-il imprudent ?

Il n'est pas sans intérêt d'analyser le psychisme de l'automobiliste moderne.

Nous vivons à une époque d'agitation extrême. On ne voit que gens pressés qui ne prennent plus le temps de vivre, c'est-à-dire de s'arrêter pour permettre à la pensée de se développer et de s'épanouir, ce qui est la forme la plus magnifique de la vie. La vitesse est devenue le mode normal de translation des individus, comme il est celui des engins nucléaires, et l'automobile, comme l'avion, supprime les distances. Pour ceux dont le plaisir est d' « avaler des kilomètres », il y a cette sensation délicieuse que donne la griserie de la vitesse. Leurs corps finissent par s'intégrer à leurs voitures et ils éprouvent cette volupté de sentir le rythme du moteur se substituer à celui de leur cœur.

Mais cette exaltation n'est pas précisément favorable aux opérations intellectuelles qui requièrent le calme, les réflexes sont moins rapides que la voiture et, si un obstacle ou un danger surgit, la décision est trop lente pour éviter un accident.

Dominé par cet état affectif que donne la joie de faire de la vitesse, l'automobiliste tente le sort et croit à sa chance qui l'a toujours servi. Il a le goût du risque, persuadé qu'il n'arrivera rien ; l'orgueil s'en mêle parfois et il voudra « crâner ». Cette crânerie, on la trouve aussi chez des ouvriers, qui refusent les précautions proposées ou même imposées par les patrons et qui veulent prouver qu'ils n'ont pas peur du danger.

Et ce n'est pas là une reconstitution psychologique imaginaire. Bien souvent, lorsque j'ai eu à procéder à l'instruction d'accidents de la circulation, j'ai essayé de faire décrire leur psychisme par les délinquants qui, atterrés par les conséquences de leur imprudence, finissaient par reconnaître qu'ils avaient perdu la tête.

Il est assez curieux de constater que c'est souvent la même explication que donnent à leurs actes ceux qui par exemple ont prémédité un homicide, les assassins qui ne résistent pas au désir passionné de la vengeance. On pourrait donc, non pas poser ce principe, mais du moins accorder à cette constatation un certain caractère de généralité et dire que l'homme ne devient délinquant que lorsque l'affectivité est assez puissante pour oblitérer la raison et inhiber la volonté.

I. Marquiset.

THÉRAPEUTIQUE

Essais avec le marsilid et rapport d'un cas mortel, par E. Smarr, H. Wolf et M. Pressman. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 114, n° 12, juin 1958, p. 1115).

L'iproniazide (marsilid) a été récemment introduite dans la pratique clinique comme un « stimulant psychique ». Les auteurs ont traité 25 sujets atteints de dépression anergique. La dose a été en moyenne de 5 cg. par jour. La durée du traitement a été de 25 jours à 25 semaines. 64 % des malades ont été améliorés, 36 % ne présentèrent aucun changement. L'amélioration n'a commencé qu'après deux à trois semaines de traitement. Comme complications toxiques on note, par ordre de fréquence : somnolence, hyperréflexie, insomnie, céphalée, sécheresse de la bouche, hypotension, irritabilité musculaire, névralgies, palpitations, œdème, dysurie, jaunisse, convulsions, érythème palmaire, ataxie, tremblement, douleurs généralisées et bouffées de chaleur. Parmi les trois sujets qui furent atteints de jaunisse, l'un d'eux décéda.

L. Marchand.

Comparaison de la musique rythmique et non rythmique dans la schizophrénie chronique, par A. Gillis, C. Lascelles et N. Crone. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 114, n° 1, juin 1958, p. 1111).

Deux groupes de schizophrènes chroniques ont été soumis pendant six mois, deux fois par semaine, à des séances musicales de danse rythmique et de danse non rythmique. Les sujets ont été soumis à des examens et à des tests psychiatriques avant et après cette période. Dans les deux groupes, on nota des améliorations notables. Les femmes montrèrent une particulière bonne réponse à la musique rythmique.

L. Marchand.

Etude sur l'action plus ou moins rapide des traitements de la schizophrénie, par W. Simon, R. Wiry, A. Wirt, A. Halloran, R. Hinckley, B. Lund et W. Hopkins. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 114, n° 12, juin 1928, p. 1077).

Les malades étaient testés le jour même de leur admission à l'hôpital et ensuite un mois après. Les divers traitements ont consisté en administration de chlorpromazine, de réserpine, en coma insulinique, en électrothérapie, en psychothérapie. Les résultats furent appréciés d'après les modifications des diverses particularités du comportement, par les tests cliniques, par les entretiens cliniques. Il est prématuré de rejeter des traitements tels que le coma insulinique, les électro-chocs, la psychothérapie en faveur des médicaments tranquillisants, comme cela se pratique dans de nombreux hôpitaux. Comme résultat important il ressort que, en ce qui concerne la schizophrénie, la maladie est très résistante à l'action rapide des traitements et qu'elle peut présenter une légère amélioration quel que soit le traitement. La chlorpromazine est d'un emploi facile et peu coûteux pour obtenir une légère amélioration rapide des symptômes, alors que les autres traitements

ont aussi une action semblable. La réserpine, ordonnée dans le premier mois de l'hospitalisation, a une légère action plus utile que la seule hospitalisation. Outre l'action favorable plus ou moins rapide des traitements, bien d'autres facteurs interviennent pour préciser le pronostic.

L. Marchand.

Des résultats obtenus dans les maladies psychiatriques, par D.W. Hastings (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 114, n° 12, juin 1958, p. 1057).

Puisque aujourd'hui la plus grande partie des malades hospitalisés sont traités par l'électrochocthérapie, par des nouveaux produits ou par une psychothérapie intensive, il est intéressant de préciser les résultats de récupération sociale obtenus avant l'emploi de ces méthodes de traitement. L'étude porte sur 1.638 malades hospitalisés durant les années 1938-1944 et n'ayant reçu aucun traitement moderne. Leur affection était aiguë plutôt que chronique. Les récupérations sociales sont ainsi groupées : A, excellentes ; B, bonnes ; C, assez bonnes ; D, médiocres ; E, nulles. L'auteur établit ses résultats d'après les diagnostics. Il trouve 27 % de sujets présentant des réactions schizophréniques dans les groupes A et B ; parmi eux, 18 % étaient des paranoïdes, 38 % des catatoniques, 42 % des maniaques dépressifs ; ils ont obtenu une récupération sociale satisfaisante. Parmi les déprimés, on relève 6 % de suicides. Le pronostic de la mélancolie involutive n'est pas meilleur que celui des schizophrènes ; leur pourcentage dans les groupes A et B est de 31 %. Parmi les psychonévrotiques qui n'ont subi aucun traitement psychothérapique, on relève que 46 % rentrent dans les groupes A et B, et parmi ceux-ci on trouve 44 % d'obsédés impulsifs, malades considérés généralement comme présentant un mauvais pronostic. Ce sont les anxieux et les hystériques qui ont présenté les meilleures guérisons spontanées.

L. Marchand.

Rapport préliminaire sur l'iproniazide, par E. Cook. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 115, n° 1, juillet 1958, p. 76).

L'iproniazide, qui est un médicament utilisé dans le traitement de la tuberculose, a été expérimenté chez 15 malades femmes dont la maladie avait résisté à tout traitement. Le traitement a été suivi pendant six mois. Aucun malade n'a été soumis à la psychothérapie. L'iproniazide fut prescrite à la dose de 50 mg. trois fois par jour. Six malades furent très améliorés, et parmi eux trois purent quitter l'hôpital. Sept malades furent améliorés et deux ne présentèrent aucun changement. L'amélioration consistait en une meilleure humeur, une augmentation de l'appétit, du sommeil et de la sociabilité. Les symptômes qui ont été le plus modifiés sont la dépression, l'apathie, le désintérêt. Les délusions, les hallucinations, le négativisme, les troubles du jugement, ne furent pas améliorés. Chez trois malades, le traitement fut suspendu en raison d'un œdème bilatéral des pieds. Des vertiges et une hyperactivité survinrent chez un malade. On ne nota aucune autre complication.

L. Marchand.

L'effet de diméthyle-tryptamine D.M.T. sur l'électro-encéphalographie des individus normaux, par F. Kajtor. Travail de la clinique de neurologie et psychiatrie de l'Université de Debrecen. (*Ideggyógyászati Szemle, 11,* 122, 1958).

Enregistrements électro-encéphalographiques au cours des psychoses expérimentales produites par D.M.T., cinq cas. Changements en deux phases, en corrélation avec la gravité de la psychose. Dans la première phase, les fuseaux alpha furent remplacés par une activité plate (désynchronisation) avant l'apparition des hallucinations. La seconde phase est caractérisée par le retour de l'activité alpha (synchronisation), mais celle-ci ne répondait pas du tout, ou d'une façon paradoxale, aux excitations sensorielles. Selon l'auteur, le D.M.T. en petite concentration facilite certains systèmes sensoriels et activateurs, mais dans une plus grande concentration produit une inhibition de la différenciation.

I. Jakab.

Acétazolamide comme anticonvulsivant dans l'épilepsie, par Augusto Torrico Rojas. (*Revista Chilena de Neuropsiquiatria,* t. 5, 1957, p. 103-112).

Une revue générale est faite sur l'emploi de l'acétazolamide dans le traitement de l'épilepsie. Puis sont décrits les résultats obtenus chez sept malades, en utilisant des doses de 250 mg. par jour pendant 75 jours. Les crises convulsives ont été immédiatement arrêtées au début du traitement. Puis, elles ont recommencé au bout de sept semaines, mais avec une intensité et une fréquence moindres. Il fut possible d'observer des modifications importantes dans la concentration et l'élimination des électrolytes. Fait important à remarquer, coïncidant avec la réapparition des crises épileptiques, la concentration des électrolytes dans le plasma et dans les urines revient à ses valeurs initiales. Références bibliographiques. Onze figures.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude des troubles psychiques liés à une intoxication par analgésiques. Description d'un cas dû à l'optalidon, par Ubaldo Bonetti (de Crémone). (*Rivista Spetimentale di Freniatria,* vol. 82, fasc. 3, 30 septembre 1958, p. 774-788).

Après quelques considérations de caractère général sur les syndromes cérébraux aigus et chroniques produits par l'abus de drogues ou de médicaments, l'auteur évoque les états psychotiques consécutifs à des intoxications par amphétamines et par analgésiques. Puis, il rapporte un cas caractérisé par l'apparition de troubles psychiques et organiques par emploi excessif et prolongé d'optalidon, avec phénomènes confuso-oniriques. Les hallucinations étaient uniquement visuelles, zoopsiques, avec attitude agressive. Cette observation pourrait être rattachée aux formes cliniques avec composante surtout psycho-sensorielle. La question de la pathogénie demeure discutée. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Réactions psychotiques au cours du traitement par la prednisone, par B. Manzini (de Modène). (*Rivista Sperimentale di Freniatria,* vol. 82, fasc. 2, 30 juin 1958, p. 417-429).

L'auteur rapporte trois observations de réactions psychotiques pendant des traitements par la prednisone. Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme, atteinte de lupus érythémateux, présentant, pendant la cure, un épisode d'agitation confusionnelle, puis une phase dépressive régressant en deux mois. Dans le second cas, c'était une jeune addisonienne, aux antécédents chargés, avec épisode confuso-onirique pendant le traitement. Enfin, le troisième malade était un homme atteint de colite subaiguë, montrant brusquement, 24 heures après la fin de la cure prednisonique, un tableau de mélancolie avec tentative de suicide. Dans les trois cas, les troubles furent transitoires. Quelques commentaires sont faits à leur propos. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'emploi de l'acide ascorbique dans la cure de Sakel, par M. Vitorovic (de Ljubljana). (*Neuropsihijatrija,* Zagreb, vol. 6, n° 1, 1958, p. 37-45).

Partant des travaux purement théoriques et expérimentaux de plusieurs chercheurs qui affirment que l'administration de doses élevées d'acide ascorbique accroît la sensibilité de l'insuline, l'auteur a pu démontrer que, chez des schizophrènes soumis à la cure de Sakel, cette méthode ne pouvait pas s'appliquer à des malades montrant de la résistance à l'insuline. Au contraire, l'administration prolongée de doses élevées d'acide ascorbique a augmenté, chez plus de la moitié des schizophrènes, la résistance à l'insuline. L'explication de ce phénomène doit être cherchée dans le rôle physiologique de l'acide ascorbique dans les fonctions du cortex surrénal. Ainsi, ce procédé représente une certaine amélioration de la cure de Sakel et trouve d'utiles applications chez les malades très sensibles à l'insuline. Tableaux. Figure. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Lueurs d'espoir dans le traitement des personnalités psychopathiques, par D. Parellada. (*Informaciones Psiquiátricas,* San Baudilio de Llobregat, vol. 2, n° 4, 4e trimestre 1957, p. 33-44).

Face au classique sentiment d'échec qu'éprouvait le psychiatre devant le traitement des psychopathes, apparaissent quelques lueurs d'espoir et d'optimisme, après certains travaux qui décrivent les bons résultats obtenus. Des commentaires sont faits sur les publications relatives aux succès acquis par des médicaments comme le dilantin ou les amphétamines, par l'électrochoc et la psychochirurgie, par la narcoanalyse, l'hypnose, la psychanalyse, la psychothérapie de groupe. Remarquables sont les effets du traitement appliqué par Stürup à l'établissement de psychopathes criminels de Herotedvester. En conclusion, bien que l'action bénéfique se soit souvent montrée passagère, il faut rejeter l'idée fataliste qui considérait les psychopathes comme incurables. Des progrès sont possibles.

V.-J. Durand.

A propos des premiers résultats de la lévomépromazine (Nozinan) dans les dépressions, par J.-O. Trelles, Alfredo Saavedra et J. Donayre. (*Revista de Neuro-Psiquiatria,* Lima, t. 22, n° 1, mars 1958, p. 122-139).

Les auteurs communiquent les résultats de leurs premiers essais de la lévomépromazine dans huit cas de mélancolie à évolution chronique. Les doses quotidiennes oscillaient de 50 à 250 mg. *per os.* Les effets secondaires sans gravité ne sont pas suffisants pour faire arrêter le traitement. Les résultats sont satisfaisants, surtout pour les formes anxieuses délirantes. Mais, il apparaît nécessaire de les renforcer par l'association avec l'électrochoc.

V.-J. Durand.

Premiers résultats du traitement des états dépressifs avec l'iproniazide, par Ugo Marzuoli. (*Rassegna di Studi Psichiatrici,* vol. 47, fasc. 3, mai-juin 1958, p. 401-404).

Un bref exposé est fait des résultats d'un traitement par l'iproniazide, dans vingt-quatre cas de dépression psychique, d'étiologie variée. Il est possible de noter l'efficacité du médicament, particulièrement dans la thérapeutique des états dépressifs purs.

V.-J. Durand.

Recherches cliniques, électro-encéphalographiques et psychométriques sur l'action de l'iproniazide (Marsilid) chez des malades déprimés, par Furio Martini, Franco Angeleri et Francesca Biagiotti (d'Arezzo). (*Rivista di Neurobiologia,* vol. 4, fasc. 2, avril-juin 1958, p. 283-314).

Les auteurs rapportent les résultats obtenus, en traitant par l'iproniazide, pendant six semaines, vingt malades déprimés (dont quinze atteints de psychose dysthymique et cinq de schizophrénie avec troubles dépressifs). L'évaluation de ces résultats a été faite en se basant sur un soigneux examen clinique, électro-encéphalographique et psychométrique de tous les sujets traités. Sur le plan somatique, il a été possible de noter les propriétés anabolisantes du médicament et la faible incidence de phénomènes collatéraux indésirables. Au point de vue psychique, on a pu constater l'action stimulante exercée par l'iproniazide sur le système nerveux central et sur le psychisme. Ont particulièrement été observés un réveil intellectuel et volitif, un meilleur équilibre affectif, une amélioration de la capacité d'adaptation à l'ambiance et de l'activité psychomotrice. Les succès les plus nets ont été obtenus chez les malades dysthymiques sans composante anxieuse ; des progrès également très sensibles ont été constatés chez des déprimés avec composante involutive. Au contraire, les avantages ont été limités et partiels chez les déprimés anxieux, abouliques, inactifs. Des améliorations également modestes ont été acquises chez des schizophrènes, avec limitation de la sphère de l'affectivité. Se basant sur de tels résultats, les auteurs mettent en relief l'action thérapeutique de l'iproniazide, non seulement pour les avantages symptomatiques, mais surtout comme capable de donner la possibilité aux processus psychiques de récupération et de reprise de réaliser ensuite des modifications favorables ou des résolutions cliniques. Tableaux. Figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'usage du trilène associé à la sismothérapie, par L. Massion-Verniory, E. Dumont, L. Cassers et B. Delaunois (de Bruxelles). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica,* vol. 58, fasc. 7, juillet 1958, p. 521-531).

Il est possible d'utiliser en thérapeutique psychiatrique l'association d'une anesthésie au trilène avec l'électro-choc et le cardiazol pratiqués sous succinylcholine. Par rapport aux autres produits anesthésiques gazeux, le trilène présente l'avantage de pouvoir s'appliquer avec un appareillage très simple. Il s'agit aussi d'un anesthésique totalement inoffensif. Sur le pentothal, il a la supériorité d'une toxicité générale et hépatique nulle, d'un moindre risque d'atteinte cardiaque et d'une action anticonvulsivante beaucoup plus nette, se font signaler comme inconvénients de nécessiter la collaboration du malade et de ne pas effacer la confusion post-critique. Associé au cardiazol, le trilène permet l'emploi de la succinylcholine au cours de cette méthode de choc, ce qui supprime tout risque de fracture et diminue la surcharge du système vasculaire. Cet avantage pourrait avoir pour conséquence une extension beaucoup plus grande du traitement par le cardiazol.

V.-J. Durand.

Le largactil chez les épileptiques internés. Résultats de trois années d'observation, par Maurice Coulombe et Jean-Yves Gosselin. (*Laval médical,* Québec, vol. 24, n° 1, octobre 1957, un extrait de seize pages).

On a beaucoup discuté l'action du largactil chez les épileptiques. Les auteurs donnent les résultats obtenus par un traitement associant la chlorpromazine aux anticomitiaux chez 43 épileptiques internés et montrant des troubles importants du caractère et du comportement. Dans l'ensemble, il fut possible d'observer l'efficacité du médicament sur les troubles du comportement. L'association du largactil et des anticomitiaux entraîne une diminution appréciable de la fréquence des crises convulsives, à condition que le traitement antiépileptique soit poursuivi, parfois même à doses plus fortes. Il n'y a pas eu d'incident. Diverses observations sont rapportées.

V.-J. Durand.

Rapport préliminaire sur 1522 C.B., par Raymond Ruelland, George Henri Larue et Antoine Magnan. (*Laval médical,* Québec, vol. 26, n° 2, septembre 1958, un extrait de six pages).

Le 1522 C.B. ou maléate d'acétyl-promazine (plégicil) a été utilisé par les auteurs chez trente-neuf malades. Dans l'ensemble, les résultats obtenus ont été bons, surtout chez les maniaques. Ils ont été superposables à ceux donnés par la chlorpromazine. Le médicament a montré une activité à une fois et un tiers, ou une fois et demie celle de la chlorpromazine. Dans les psychoses chroniques, il semble que le produit employé pendant un temps suffisamment long, possède une action très proche de celle du largactil. La tolérance a été bonne.

V.-J. Durand.

Sur les temps d'apparition, de présence et de disparition de la promazine dans l'organisme humain, par G. Cittério (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico,* 12e année, vol. 22, fasc. 3, juin 1958, p. 530-544).

Continuant ses recherches sur les temps d'apparition, de présence et de disparition des phénothiazines dans l'organisme, humain, l'auteur décrit ici le comportement de la promazine. Les expériences ont été faites chez trente malades. Il apparaît que la promazine administrée à doses moyennes disparaît des urines dans les trois jours qui suivent la cessation du traitement. Il semble possible de rapporter la diversité des comportements observés avec la promazine et la chlorpromazine, à la présence dans ce dernier produit de l'atome de chlore. Ceci serait une indication à l'emploi de la promazine dans les traitements d'attaque. Six graphiques.

V.-J. Durand.

Chlorpromazine et sevrage brusque de toxicomanes, par Jean-Yves Gosselin, Gérard Johnson et Jacques Turmel (*Laval médical,* Québec, vol. 26, n° 1, juin 1958, un extrait de huit pages).

A l'aide de cinq observations, les auteurs montrent que l'emploi de largactil peut faciliter le sevrage brusque dans la cure de diverses intoxications. La durée moyenne d'hospitalisation a été de trente-deux jours. L'isolement absolu du malade et la surveillance la plus étroite sont deux conditions essentielles. Il faut savoir que les médications de substitution sont, non seulement inutiles, mais parfois nuisibles, pouvant être à l'origine d'une toxicomanie nouvelle. Les résultats éloignés de la cure de désintoxication seront évidemment vains si la toxicomanie n'est pas purement occasionnelle.

V.-J. Durand.

La thérapeutique électroconvulsivante et ses relations avec l'intoxication fluorée et la tétanie, par Léo Spira (de New-York). (*Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica,* vol. 12, n° 2, juillet 1958, p. 142-151).

Une comparaison entre la symptomatologie de l'intoxication chronique par le fluor et celle de la tétanie révèle qu'elles sont identiques. Des troubles psychiques s'observent dans les deux cas. Dans l'électro-choc, il y a une étroite ressemblance entre la posture convulsive des mains (mains d'accoucheur) et les convulsions survenant dans les autres parties du corps, d'une part, les convulsions de la tétanie manifeste et de l'intoxication aiguë par le fluor, d'autre part. On peut supposer que le mécanisme de l'électro-choc consiste dans la dissociation par le courant électrique des fluorures accumulés dans la substance cérébrale pendant plusieurs années en quantité suffisante pour produire des troubles mentaux. L'action du fluor consiste à priver l'organisme de calcium. Etant un poison enzymatique, il exerce un effet inhibiteur sur la cholinestérase du système nerveux. Des échantillons d'anectine (20 mg. de succinylcholine par cm^3) et de sucostrine, utilisée comme relaxateur avant l'électro-choc ou en anesthésie ont montré contenir du fluor. Il faut éliminer la présence de ce dernier corps. Bibliographie.

V.-J. Durand.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La séance ordinaire du mois de février 1959 de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 23 février 1959, à 15 heures 30 précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrondissement).

La séance clinique du mois de mars aura lieu le lundi 9 mars 1959, à 10 heures, à l'amphithéâtre Magnan de l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV[e] arrondissement).

La séance ordinaire du mois de mars 1959 aura lieu le lundi 23 mars 1959, à 15 heures 30 précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrondissement).

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. le professeur J. Lhermitte, ancien président et membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Légion d'Honneur

Grade d'officier :

M. le D[r] P. Picard, médecin en chef de 1[re] classe (mer), membre correspondant national de la Société médico-psychologique, est promu au grade d'officier.

Grade de chevalier :

M. le D[r] H. Collomb, médecin lieutenant-colonel (troupe d'outre-mer), membre correspondant national, est promu au grade de chevalier.

Rectification

L'absence d'adresse et de nouvelles ainsi que le retour des convocations nous avaient fait omettre d'inscrire sur la liste des membres honoraires, pour 1959, le D[r] M. Desruelles. Nous avons eu la joie de recevoir de lui de toutes récentes nouvelles et de connaître sa nouvelle adresse : 87, rue Esquermoise (4[e]), Lille (Nord).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

Mme J. NAVIAU, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle), est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome de Bailleul (Nord), en remplacement de M. BOUQUEREL, appelé à d'autres fonctions.

M. BALIER est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre), poste créé.

M. Y. LE BORGNE, chargé à titre intérimaire des fonctions de médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise), est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Pau (Basses-Pyrénées), en remplacement de Mme LE CANNU, appelée à d'autres fonctions.

M. le Dr DELL est mis d'office à la disposition du délégué général du Gouvernement en Algérie, en vue d'assurer les fonctions de médecin-chef dans un hôpital psychiatrique d'Algérie.

M. le Dr LALISSE est mis d'office à la disposition du délégué général du Gouvernement en Algérie, en vue d'assurer les fonctions de médecin-chef dans un hôpital psychiatrique d'Algérie, en remplacement de Mlle le Dr MICUCCI, appelée à d'autres fonctions.

Mlle le Dr MAILHEBIAU est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de La Roche-sur-Yon (Vendée), en remplacement numérique de M. le Dr MABON, appelé à d'autres fonctions.

M. le Dr LESAGE est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de La Roche-sur-Yon (poste créé).

Mme le Dr BOUQUEREL, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Bailleul, est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Montdevergues (Vaucluse), poste créé.

Par arrêté en date du 15 janvier 1959, est acceptée la démission de M. le Dr MOLLET (Francis), médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières, à compter du 15 janvier 1959.

Vacances de postes

Sont envisagées les vacances d'un poste de médecin-directeur et d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Claude (Guadeloupe).

(*J.O.* du 9 janvier 1959).

Un poste de médecin-psychiatre départemental de la Haute-Vienne et de la Creuse est actuellement vacant. Ce praticien devra partager son activité entre les départements de la Haute-Vienne et de la Creuse et sera chargé d'un service de 50 lits au moins à l'hôpital psychiatrique de Naugeat.

(*J.O.* du 18 janvier 1959).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord).

(*J.O.* du 29 janvier 1959).

Les candidatures doivent être adressées dans un délai de trois semaines, à partir du jour de la parution des présents avis, à l'administration générale du personnel et du budget, ministère de la santé publique et de la population, 7, rue de Tilsitt, Paris, 17e.

Vacances de places d'internes

Un poste d'interne en médecine est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Fains (Meuse), 16 inscriptions exigées. S'adresser au médecin-directeur.

Un poste d'interne est actuellement vacant au centre psychiatrique départemental de l'Allier. Peuvent faire acte de candidature les étudiants de nationalité française titulaires d'au moins seize inscriptions validées. Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'établissement, Yzeure, par Moulins (Allier).

Le centre psychothérapique de Brienne-le-Château (Aube), établissement neuf de 600 lits (ouverture le 1er mai) recherche : pour le 15 avril, deux internes en médecine (étudiants titulaires d'au moins seize inscriptions validées) ; pour le 1er avril, une psychologue et, pour le 1er mai, une assistante sociale.

S'adresser à la préfecture de l'Aube, service du personnel, à Troyes.

Directeur-gérant : Olivier GARAND.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1959 (1er trimestre). — Numéro d'ordre : 3.163
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 93.604. — 1959
Printed in France